

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΩΝ
Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

**"ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ-
ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ-ΑΦΡΟΔΙΣΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ"**

ΟΙ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:
ΤΟΓΙΑ ΑΡΧΟΝΤΩ
ΣΑΚΕΛΛΑΡΗ ΑΣΗΜΩ

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ:
DR.ΙΩΑΝΝΗΣ ΔΕΤΟΡΑΚΗΣ

ΠΑΤΡΑ 2003

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ



ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ

ΑΦΡΟΔΙΣΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. ΠΡΟΛΟΓΟΣ	5
2. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ : << ΙΣΤΟΡΙΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ >>	10
3. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ : <<ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ>>	
3.1 Γενικά περί αντισύλληψης	17
3.1.1 Φυσικοί μέθοδοι αντισύλληψης	
- Η συνουσία που διακόπτεται	18
- Μέθοδος ρυθμού ή ασφαλούς περιόδου	19
1. Μέθοδος ημερολογίου	21
2. Θερμομετρική μέθοδος	22
3. Μέθοδος εξέτασης βλεννογόνου της μήτρας	25
3.1.2 Μηχανικοί μέθοδοι αντισύλληψης	
- Προφυλακτικά	26
- Διάφραγμα	28
- Ενδομήτρια σπειράματα	30
3.1.3 Χημικοί μέθοδοι αντισύλληψης	
- Κολπικά σπερματοκτόνα	34
- Κολπικός αφρός	34
- Χάπια	35
- Ένεση τριών μηνών	40
- Πλύσεις	41
3.1.4 Χειρουργικές επεμβάσεις	

- Γυναικεία στέρωση	42
- Αντρική στέρωση	45
- Έκτρωση	46
4. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ : << ΑΦΡΟΔΙΣΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ >>	
4.1 Γενικά περί αφροδισίων νοσημάτων	
- Σύφιλη	53
- Βλεννόρροια	61
- Φθειρίαση του εφηβαίου	66
- Αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα	67
- Ψώρα	70
- Μη γονοκοκκική ή ειδική ουρηθρίτιδα	72
- Ηπατίτιδα	74
- Κυστίτιδα	75
- Μαλακό έλκος	76
- Βουβωνικό κοκκίωμα	77
- Έρπης των γεννητικών οργάνων	79
- Κολπίτιδα	84
- Τραχηλίτιδες	88
- Οξυτενή κονδυλώματα	90
- Σύνδρομο επίκτητης ανοσοποιητικής ανεπάρκειας	91
5. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ : <<ΕΡΕΥΝΑ>>	
-Μέθοδος & Υλικό	96
6. ΕΠΙΛΟΓΟΣ	130
7. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	134

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Στην πορεία του όγδοου εξαμήνου της νοσηλευτικής μας εκπαίδευσης ψάχναμε να βρούμε ένα θέμα πτυχιακής εργασίας που να μας εκφράζει αρκετά καθώς αναζητούσαμε κάτι έντονο , ενδιαφέρον , πέρα από τα συνήθη ιατρικά προβλήματα , ένα θέμα που θα άγγιζε εμάς τους ίδιους θα ενημέρωνε τους συμφοιτητές μας και γενικά τους νέους ανθρώπους.

Με αρκετή αναζήτηση , κατορθώσαμε να βρούμε το θέμα που μας εκφράζει , ένα θέμα που αφορά άμεσα τους νέους και περιλαμβάνει τρεις πτυχές : Οικογενειακός Προγραμματισμός - Αντισύλληψη - Αφροδίσια Νοσήματα .

Η αντισύλληψη απασχόλησε από πολύ παλιά όλες τις ανθρώπινες φυλές και κοινωνίες , καθώς χρησιμοποίησαν μέσα και μεθόδους για να ελέγχουν την γονιμότητα τους . Ωστόσο, παραμένει ένα από τα προβλήματα της εποχής μας και τώρα τελευταία πολυσυζητείται και στην χώρα μας . Η ενημέρωση πάνω σε θέματα αντισύλληψης είναι δυσπρόσιτη εξαιτίας μιας σεξουαλικής ηθικής που δεν είναι κατάλογο μόνο της εκκλησιαστικής μας ηθικής αλλά και πολλών άλλων κοινωνικών και πολιτιστικών θεσμών που επηρεάζουν την ζωή των

γονιών μας αλλά και της δικής μας .

Η σεξουαλικότητα , από την άλλη , θεωρείται θέμα προσωπικό και κανείς δεν έχει αναλάβει να διδάξει στους νέους ανθρώπους ούτε καν τις πιο στοιχειώδεις βιολογικές του λειτουργίες . Κύριο μέλημα της αναφοράς μας σε αυτό το θέμα , είναι να τονιστεί η αναγκαιότητα του πόσο καθοριστικό ρόλο μπορεί να παίζει η σεξουαλική αγωγή στη σεξουαλική ομαλότητα και ωριμότητα των ατόμων .

Επίσης , θα έχει την ευκαιρία ο φίλος αναγνώστης να μελετήσει σε βάθος και ταυτόχρονα να διαπιστώσει από τους πίνακες που παραθέτουμε όλο το πρόβλημα των αντισυλληπτικών τρόπων και μεθόδων . Με αυτό το τρόπο ελπίζουμε πως θα απαλλαγεί από πολλά ταμπού και προκαταλήψεις και θα αντιμετωπιστεί σωστά το όλο πρόβλημα της αντισύλληψης .

Κατά καιρούς η έννοια του οικογενειακού προγραμματισμού έχει παρερμηνευθεί δυστυχώς , γιατί ταυτίστηκε με τον έλεγχο των γεννήσεων . Οι δυο όμως , αυτοί όροι διαφέρουν μεταξύ τους . Ο οικογενειακός προγραμματισμός βοηθάει κάθε άτομο να καταστήσει την αναπαραγωγικότητα του εκούσια , υπεύθυνη , συνειδητή και θεωρεί υποχρέωση του να πληροφορήσει το άτομο πάνω στα θέματα αυτά ,

ενώ ο έλεγχος των γεννήσεων αδιαφορεί για την επιθυμία του από-
μου και ενδιαφέρεται μόνο πως να αυξήσει ή να ελαττώσει τις γε-
νήσεις ανάλογα με τις πληθυσμιακές ανάγκες που παρουσιάζονται
κάθε φορά σε μια χώρα . Σήμερα πραγματικά γίνεται έλεγχος των
γεννήσεων σε όλους τους υποανάπτυκτους λαούς , όπου το δημογρ-
αφικό πρόβλημα έχει πάρει εκρηκτικές διαστάσεις . Στις χώρες αυτές
συνεπώς – Αφρική , Λατινική Αμερική , Ν.Α Ασία – είναι από τα πράγ-
ματα επιβεβλημένη η αναχαίτιση της πολυγονίας για το καλό των
λαών στις χώρες αυτές .

Τέλος ,η έξαρση του AIDS στις μέρες μας -που αναδεικνύεται ο πιο
θανάσιμος κίνδυνος της εποχής μας – καθώς και η αύξηση των αφρ-
οδισίων νοσημάτων - υπολογίζεται από τον παγκόσμιο οργανισμό υγ-
είας ότι 65 εκατομμύρια περιπτώσεις αφροδισίων συμβαίνουν τον
χρόνο –μας ώθησαν να αναφερθούμε σε ένα ξεχωριστό κεφάλαιο στο
θέμα των αφροδισίων νοσημάτων ,καθώς η ύπαρξη τους σχετίζεται
άμεσα με την σεξουαλική συμπεριφορά και τα μέτρα αντισύλληψης
που λαμβάνει .

Η ύπαρξη λοιπόν , όλων αυτών των προβλημάτων που ξεκινούν
από μια κοινή βάση την έλλειψη πληροφόρησης των νέων ανθρώπων

από την οικογένεια και το σχολείο μας παρακίνησαν να ασχοληθούμε μαζί τους και να ενημερώσουμε τους ανθρώπους της νέας γενιάς αλλά και μικρότερους ή μεγαλύτερους για το πώς θα μπορούσαν να τα αποφύγουν ή σε περίπτωση που τους συμβούν να ξέρουν να τα αντιμετωπίσουν χωρίς πανικό και υστερισμούς .

Στα πλαίσια λοιπόν αυτής της υποχρέωσης μας ως Νοσηλεύτριες για τη διαπαιδαγώγηση και ενημέρωση των ατόμων και κυρίως των νέων , αλλά και ως νέοι άνθρωποι ελπίζουμε μέσα από την εργασία μας αυτή να συμβάλλουμε με ένα λιθαράκι στην ενημέρωσή σας και να κεντρίσουμε το ενδιαφέρον σας ώστε να ερευνήσετε και να ενημερωθείτε ακόμη περισσότερο για τα ζητήματα της αντισύλληψης και των αφροδίσιων νοσημάτων ή τουλάχιστον τις λιγοστές γνώσεις που σας παρείχαμε να τις αξιοποιήσετε στην προσωπική σας σεξουαλική ζωή .

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

Ο οικογενειακός προγραμματισμός εμφανίστηκε την εποχή της βιομηχανικής επανάστασης στην Αγγλία, όταν δηλαδή για πρώτη φορά αντιμετωπίστηκε το πρόβλημα του μεγέθους της οικογένειας και χρειάστηκε να παρθούν μέτρα για την αναχαίτιση της πολυγονίας. Προς την κατεύθυνση αυτή προσανατολίστηκαν οι προσπάθειες των ειδικών που αναζήτησαν διάφορες αντισυλληπτικές μεθόδους.

Η αρχή έγινε από τον Άγγλο ιερέα Thomas L. Mathus (1766-1834) που ξεσηκώθηκε κυριολεκτικά το 1798 μπροστά στον κίνδυνο της μεγάλης αύξησης του πληθυσμού και προείπε ότι η ανθρωπότητα βαδίζει προς την αυτοκαταστροφή. Έτσι, η έλλειψη της μεταξύ τους ισορροπίας θα δημιουργήσει στη γη προβλήματα πείνας, καθώς επίσης και καταστροφές και πολέμους.

Βέβαια οι κασσαντρισμοί του Mathus δε επαληθεύτηκαν πέρα για πέρα. Ωστόσο θα εθελotuφλούσε κανείς σήμερα, αν παραγνώριζε το εκρηκτικό δημογραφικό πρόβλημα που μαστίζει κυριολεκτικά τεράσ-

τιες περιοχές του πλανήτη μας , Αφρική , Λατινική Αμερική , Ν.Α Ασία
κ.α που σέρνει κάθε τόσο εκατομμύρια κόσμου στη λιμοκτονία και
τον αφανισμό .⁵

Την ίδια ανάγκη ένωσε και ο αρχηγός των Άγγλων εργατών Francis
Place , που έλεγε ότι ο περιορισμός του πλήθους των εργατών θα
τους διευκόλυνε να κερδίσουν καλύτερα ημερομίσθια και να έχουν
καλύτερες συνθήκες εργασίας . Το 1822 μάλιστα εκδόθηκε μια εργα-
σία , που είχε τον τίτλο <<Παράθεση και τεκμηρίωση των νόμων που
διέπουν το πληθυσμιακό πρόβλημα >> . Μετά από ακολούθησαν και
άλλες εκδόσεις . Σαυτές ασχολήθηκαν με τον έλεγχο των γεννήσεων
για καλύτερη οικονομική και σωματική υγιεινή και περιέγραψαν ορ-
ισμένες οικογενειακές μεθόδους .⁵

Η σταυροφορία αυτή για την αναχαίτιση της πολυτεκνίας , γενικεύ-
ηκε σε όλη την Αγγλία και την Αμερική , όπου κυκλοφορούσαν από
ανώνυμους κι επώνυμους ανθρώπους διάφορα διαφημιστικά φυλλάδια.⁵

Αντίθετα από την άλλη μεριά γινόταν μια άλλη σταυροφορία που
θεωρούσε τα έντυπα του είδους αυτού άσεμνα και την κυκλοφορία
τους άσεμνη λογοτεχνία , πράμα που οδήγησε πολλούς υπεύθυνους
στα δικαστήρια .⁵

Κι αν στην Αγγλία δε μπορούσαν να αναχαιτίσουν αυτά τη σταυροφορία, αντίθετα στη Αμερική με το περίφημο νόμο <<Comstock>> κατάφεραν να απαγορευτεί ο έλεγχος των γεννήσεων.⁵

Στο μεταξύ εμφανίζεται στο προσκήνιο, η περίφημη Margaret Sanger που αφηφώντας την παραπάνω απαγορευτική διάταξη, ρίχνεται σε ένα αγώνα διάδοσης των αντισυλληπτικών χαπιών. Κύριος λόγος της είναι η αναχαίτιση της πολυτεκνίας της γυναίκας και μέσα από τα αντισυλληπτικά να βάλει τις βάσεις για τη απελευθέρωση της γυναί-⁵κας.

Η Margaret Sanger πέρασε αρκετό χρόνο στην φυλακή για αυτές τις ιδέες της, αλλά στο τέλος κατόρθωσε να πετύχει τη αλλαγή του νόμου που έδινε το δικαίωμα στους γιατρούς να γράφουν αντισυλληπτικά χάπια για λόγους υγείας. Αργότερα με την κατάργηση του νόμου Comstock άνοιξε πλέον ο δρόμος για την ελεύθερη διαφήμιση και ανεμπόδιστη πώληση των αντισυλληπτικών. Η Margaret Sanger συνδέθηκε καταρχάς με το γνωστό έλεγχο των γεννήσεων και προσπάθησε να αποκτήσει την εύνοια και υποστήριξη του ιατρικού, πνευματικού και θρησκευτικού κόσμου. Ο σκοπός του Συνδέσμου ήταν να δίνει τις οδηγίες εκείνες που ήταν απαραίτητες για τη ανάπτυξη

των προγαμιαίων σχέσεων , να παρέχει βοήθεια στα ζευγάρια που επρόκειτο να γίνουν γονείς , να πληροφορεί σωστά , αλλά και να βοηθάει αποτελεσματικά αυτούς που πάσχουν από στειρότητα είτε είναι άντρες είτε γυναίκες .

Από το 1942 ο Σύνδεσμος εξαπλώθηκε και στις υπανάπτυκτες χώρες και τότε ονομάστηκε Planned Parenthood Federation και μέλη του ήταν η Margaret Sanger , η γιατρός Marie Slopes από την Αγγλία και η Allesta Tacobs από την Ολλανδία και αργότερα η Ellise Ottesen-Jensen από την Σουηδία και η λαίδη Dhanvanthis Rama Rau από τη Ινδία που έκαναν κάθε προσπάθεια για την πρόνοια της υγείας της μητέρας και του παιδιού . Στο τέλος του 1968 ιδρύθηκε το International Planned Parenthood Federation και τα ιδρυτικά του μέλη ήταν η Margaret Sanger , η Mrs Ottensen , η Rama Ray και άλλες . Αξίζει να υπομνηστεί ότι στο IPPF συμμετέχουν 54 χώρες από τις οποίες οι 36 είναι υπανάπτυκτες . Οι υπανάπτυκτες χώρες ανέπτυξαν προγράμματα οικογενειακού προγραμματισμού με οικονομική βοήθεια είτε από τις αναπτυγμένες χώρες είτε από διεθνείς οργανισμούς .

Ο βασικός σκοπός όμως του IPPF είναι η πρόνοια της υγείας της μητέρας και του παιδιού και η προσπάθεια να εξασφαλιστεί για την

μητέρα η ψυχική, σωματική και κοινωνική ευεξία και για το παιδί η ισορροπία ψυχοσωματική ανάπτυξη.⁵

Ειδικότερα σε ότι αφορά τη μητέρα έθετε τους πιο κάτω στόχους :

1. Να βοηθήσει τη γυναίκα να απαλλαγεί από την αγωνία της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και τα πιθανά ψυχολογικά προβλήματα που συνεπάγεται μια τέτοια κατάσταση .

2. Να απαγκιστρώνει κάθε γυναίκα από κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα που συνεπάγεται μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη .

3. Να διευκολύνει τη γυναίκα ώστε να αποφεύγει διαδοχικές εγκυμοσύνες και θηλασμούς που έχουν σα αποτέλεσμα το αδυνάτισμα αλλά και τον παραπέρα κλονισμό της υγείας της .

4. Να καθοδηγήσει τη γυναίκα ώστε να αποφεύγει τις πολλές εκτρώσεις που οδηγούν σίγουρα στη στειρώση.

5. Να γίνει σαφές σε γονείς με μεταδοτικές ή κληρονομικές ασθένειες ότι δεν πρέπει να αποκτήσουν παιδιά .

6. Να δώσει τέλος οποιαδήποτε συμβουλή ώστε να περιοριστεί η μητρική θνησιμότητα.⁵

Για το παιδί εξάλλου έχει τους παραπάνω στόχους :

1. Για να προστατέψει το έμβρυο από τον υποσιτισμό και τις φοβε-

ρές συνέπειες που συνεπάγεται προσπαθεί να καταπολεμήσει τις συνεχείς εγκυμοσύνες .

2.Για να συμβάλει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής του παιδιού επιδιώκει να ρυθμίσει το μεσοδιάστημα των κηύσεων .

3.Προσπαθεί να απαλλάξει τα παιδιά των πολυτέκνων από την αντίληψη ότι είναι ανεπιθύμητα στην οικογένεια τους .

4.Λαβαίνει πρόνοια για το βρέφος και το παιδί όταν ο αριθμός των παιδιών υπερβαίνει την δυνατότητα της οικογένειας .⁵

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ

Ως αντισύλληψη χαρακτηρίζουμε την λήψη μέτρων , που παίρ-
νουμε , για την προσωρινή αποφυγή σύλληψης . Αν επιθυμούμε τη
μόνιμη επιτυχία στείρωσης , τότε καταφεύγουμε στην στείρωση
και αν επιθυμούμε τη διακοπή ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης τότε
καταφεύγουμε στην άμβλωση.¹⁴

Τον ορισμό αντισύλληψη χρησιμοποιούμε λαθεμένα και για με-
θόδους που δε εμποδίζουν την σύλληψη αλλά την εγκατάσταση¹⁴
του γονιμοποιημένου ωαρίου μέσα στην ενδομήτρια κοιλότητα .

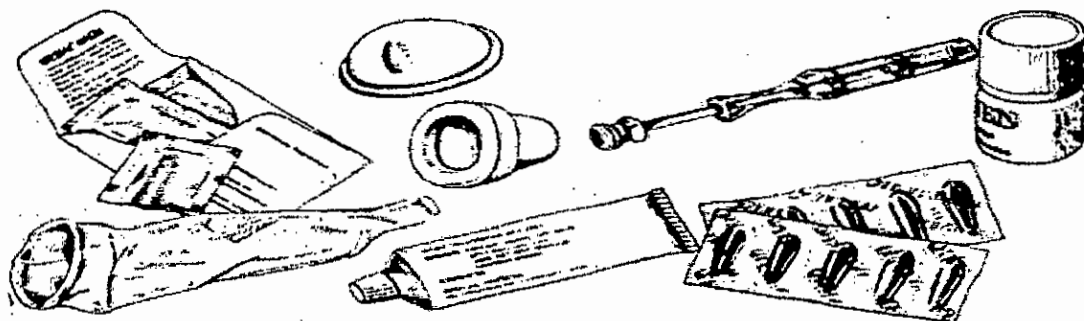
Ιδανική αντισυλληπτική μέθοδος δεν υπάρχει . Κάθε μια από
αυτές έχει τα πλεονεκτήματα της και τα μειονεκτήματα της . Ο¹⁴
γιατρός θα κληθεί να την εξατομικεύσει στην κάθε περίπτωση .

Μια αντισυλληπτική μέθοδος θεωρείται :

- 1) αποτελεσματική όταν το ποσοστό συλλήψεων είναι κάτω από 2%.
- 2) μέτριας αποτελεσματικότητας , όταν το ποσοστό συλλήψεων είναι
κάτω από 10 %
- 3) μικρής αποτελεσματικότητας , όταν το ποσοστό συλλήψεων είναι
πάνω από 10% .¹⁴

Παρακάτω , θα περιγράψουμε τις περισσότερο χρησιμοποιούμενες
μεθόδους στην εποχή μας .

ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ



3.1.1 Φυσικοί μέθοδοι

Η λέξη φυσικός εδώ σημαίνει τη μη χρησιμοποίηση οτιδήποτε τεχνητού. Το ζευγάρι ελέγχει την γονιμότητα του με προσεκτικό συγχρονισμό και μεγάλη αυτοπειθαρχία. Οι μέθοδοι αυτοί επιτυγχάνουν συνήθως καλύτερα με πιο ώριμα ζευγάρια που είναι πολύ ευαίσθητοι στο να ξεκινήσουν ένα παιδί και οι οποίοι κρατούν προσεκτικές αναφορές στην περίοδο της γυναίκας.

Η ΣΥΝΟΥΣΙΑ ΠΟΥ ΔΙΑΚΟΠΤΕΤΑΙ

Η μέθοδος αυτή συνίσταται στο τράβηγμα (απομάκρυνση) του πέους από τον κόλπο της γυναίκας πριν την εκσπερμάτωση. Ο άντρας πρέπει να είναι έτοιμος, με τα πρώτα συμπτώματα εμφάνισης του οργασμού να σταματήσει την συνουσία. Ακόμα και μερικές σταγόνες, αν εισέλθουν στον κόλπο, είναι ικανές να

προκαλέσουν εγκυμοσύνη. Τα μειονεκτήματα της μεθόδου αυτής είναι πολλά και η αποτελεσματικότητα της μικρή. Σε 100 ζευγάρια που χρησιμοποίησαν αυτήν την μέθοδο, οι 38 γυναίκες έμειναν έγκυες (από την εργασία των Kenneth L. Jones, Louis Shainberg και Curtis Byer στο Principles of health science).

Το κυριότερο μειονέκτημα της μεθόδους αυτής είναι ότι δεν είναι ασφαλής. Ο άντρας είναι υπεύθυνος να τραβηχτεί πριν την εκσπερμάτωση σε βάρος βέβαια της δικής του σεξουαλικής ικανοποίησης, με πιθανό αποτέλεσμα, αν η μέθοδος χρησιμοποιηθεί για μεγάλο χρονικό διάστημα, να του δημιουργεί πρόωρη εκσπερμάτωση. Δημιουργεί ακόμα άγχος και στην γυναίκα που δεν είναι απόλυτα σίγουρη για την συγκράτηση του άντρα, με αποτέλεσμα αυτό να αποβαίνει σε βάρος της δικής της σεξουαλικής ικανοποίησης. Επιπλέον μπορεί να δημιουργήσει και σε αυτήν ^{3,2,1)} ψυχρότητα.

ΜΕΘΟΔΟΣ ΡΥΘΜΟΥ (Η ΑΣΦΑΛΟΥΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥ)

Ιστορικά, οι έρευνες για την ασφαλή περίοδο συνουσίας μπερδεύαν την κατάσταση γιατί γινόταν σύγχυση ανάμεσα στον οργασμό των ζώων (στα οποία γίνονταν πειράματα) και στην εμμηνόρυση των γυναικών. Αλλά από το 1930 κι έπειτα με την

ανακάλυψη της φυσιολογίας της ωορρηξίας και της εμμηόρυσης από τον Knaus στην Αυστρία και τον Ogino στην Ιαπωνία, τέθηκε τέρμα σε αυτήν την σύγκυση και διευκρινίστηκε η ασφαλής περίοδος συνουσίας γιατί βασίστηκε στην ανακάλυψη της ωορρηξίας. Διαπιστώθηκε λοιπόν πως η ωορρηξία γίνεται την 14^η ημέρα πριν από την έναρξη της επόμενης έμμηνης περιόδου.^{5,3}

Ωστόσο η μέθοδος του ρυθμού παρουσιάζει αδυναμίες όσο αφορά την εξακρίβωση των επικίνδυνων γόνιμων ημερών, αδυναμίες που προέρχονται από την όχι κανονική περίοδο των γυναικών σε ένα ποσοστό 15%. Σ' αυτές τις περιπτώσεις η ωορρηξία μπορεί να συμβεί σε οποιαδήποτε στιγμή κατά την διάρκεια του μήνα ακόμα και κατά τις τελευταίες ημέρες της περιόδου. Ακόμα και γυναίκες με κανονικό κύκλο μπορεί να παρουσιάσει μια ανωμαλία γεγονός που οφείλεται σε συγκινησιακούς λόγους. Ένας όχι κανονικός κύκλος είναι συνηθισμένος στις νεαρές ηλικίες γιατί υφίστανται συνεχής συγκινησιακές και βιολογικές μεταβολές. Όσα αναφέρθηκαν παραπάνω δείχνουν ότι η μέθοδος του ρυθμού παρουσιάζει αβεβαιότητα για αυτούς που την χρησιμοποιούν και θεωρείται σαν η λιγότερο αποτελεσματική από τις νεότερες με-

θόδους. Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για την εξακρίβωση των γόνιμων ημερών είναι οι εξής:^{5,3}

1. Μέθοδος ημερολογίου

Για να καθοριστούν οι γόνιμες μέρες γίνεται καταγραφή της χρονικής διάρκειας των κύκλων του προηγούμενου έτους. Έτσι προσδιορίζεται η διάρκεια του μικρού και του μεγάλου κύκλου κατά το χρονικό αυτό διάστημα του έμμηνου κύκλου. Η πρώτη μέρα του έμμηνου κύκλου θεωρείται αριθμητικά σα πρώτη μέρα. Για να βρούμε τις επικίνδυνες μέρες αφαιρούμε 11 μέρες από το μεγάλο κύκλο, ενώ από τον μικρό 18. Έτσι αν ο μεγαλύτερος είναι 30 μέρες και ο μικρός 24 έχουμε: $30-11=19$ & $24-18=6$.

Και η μέθοδος του ημερολογίου δε δίνει απόλυτα στοιχεία στις εξής περιπτώσεις:

- α) σε γυναίκες που ο κύκλος τους κρατάει λιγότερο από 20 μέρες
- β) δεν ισχύει μετά τη γέννα πριν την επανάληψη της εμμηνόρρυσης
- γ) κατά την εμμηνόπαυση δεν χρησιμοποιείται
- δ) κατά την διάρκεια ταξιδιού όταν το κλίμα κι η διατάραξη της ρουτίνας διακόπτουν τον έμμηνο κύκλο.

ε)σε περιπτώσεις αρρώστιας ή ψυχικής διαταραχής είναι ανεφάρμοστη .
5,4

X	7							
31	6							
30	5							
29	4							
28	3							
27	2							
26	1							
25								
24								
23								
22								
21								
20								
19								
18								
17								
16								
15								
14								
13								
12								
11								
10								
9								
8								
7								
6								
5								
4								
3								
2								
1								
		25	26	27	28	29	30	31
		διάρκεια σε ημέρες των 7 τύπων των εμμηνορρυσιακών κύκλων						
		εμμηνορρυσίες		γόνιμη περίοδος		ωορρηξία		

2.Θερμομετρική μέθοδος

Έχει διαπιστωθεί πως η θερμοκρασία του σώματος κατά την διάρκεια της ωορρηξίας πέφτει ελαφρά, ενώ μετά από αυτή ανεβαίνει κατά 0,25-0,50°C υψηλότερα από ότι ήταν στην αρχή. Η πτώση της θερμοκρασίας μπορεί να θεωρηθεί σαν δείκτης ωορρη-

ξίας . Απ'την άλλη μεριά η άνοδος της θερμοκρασίας στα υψηλότερα της επίπεδα μετά από 3 περίπου μέρες οφείλεται στη δραστηριοποίηση του ωχρού σωματίου . Όσο λοιπόν λειτουργεί το ωχροσώματιο , το σώμα υφίσταται αύξηση της θερμοκρασίας . Η μετάβαση από τη φάση της υψηλής θερμοκρασίας σε αυτή της χαμηλής , αντιστοιχεί στον εκφυλισμό του ωχρού σωματίου . Ακριβώς σε αυτή τη φάση αρχίζει η εμμηνόρρυση . Συνεπώς , όσο διαρκεί η λειτουργία του ωχρού σωματίου (αύξηση θερμοκρασίας) , η γυναίκα βρίσκεται σε ασφαλή περίοδο και μπορεί να έχει ελεύθερες σεξουαλικές σχέσεις . Όσον αφορά την διακρίβωση της θερμοκρασίας , η γυναίκα που ενδιαφέρεται μπορεί να την μετρά κάθε πρωί χρησιμοποιώντας κλινικό θερμόμετρο . Η θερμοκρασία σημειώνεται καθημερινά σε διάγραμμα και , όταν περάσουν 4 μέρες από την αύξηση της θερμοκρασίας , τότε η συνουσία μπορεί αν θεωρηθεί ασφαλής .

Η θερμομετρική μέθοδος δε μας δίνει με ακρίβεια τις ασφαλής μέρες και είναι λιγότερο αποτελεσματική από ότι η ημερολογιακή . Αυτό συμβαίνει , γιατί είναι δυνατόν πολλές φορές , η αύξηση της θερμοκρασίας να οφείλεται σε κάποια ασθένεια , οπότε τα αποτελέσματα της μεθόδου είναι λαθεμένα . Ωστόσο δε μπορούμε να μην

επισημάνουμε και τα πλεονεκτήματα της μεθόδου : Πρώτα πρώτα δε απαιτεί καμία δαπάνη . Δεύτερο μπορεί να βοηθήσει σημαντικά στη βελτίωση των σχέσεων σε μερικά ζευγάρια και τρίτον είναι αποδεκ-⁵τη από την εκκλησία .

Όπως συμβαίνει σε κάθε μέθοδο και η θερμομετρική παρουσιάζει μειονεκτήματα : Πρώτο απαιτεί προσοχή και δεύτερο δεν είναι εφαρμ⁵οσμένη , όταν η γυναίκα έχει ανώμαλο κύκλο . Ακόμα είναι αδύνατο να εφαρμοστεί μετά από τοκετό , στο χρονικό διάστημα που έχει γάλα η γυναίκα και κατά την εμμηνόπαυση . Επιπλέον ο καθορισμός των γόνιμων ή μη γόνιμων ημερών γίνεται κάτω από τις εξής προυποθέσεις :

α) Η θερμομέτρηση πρέπει να γίνεται πριν από την πρωινή έγερση κάτω από συνθήκες ηρεμίας .

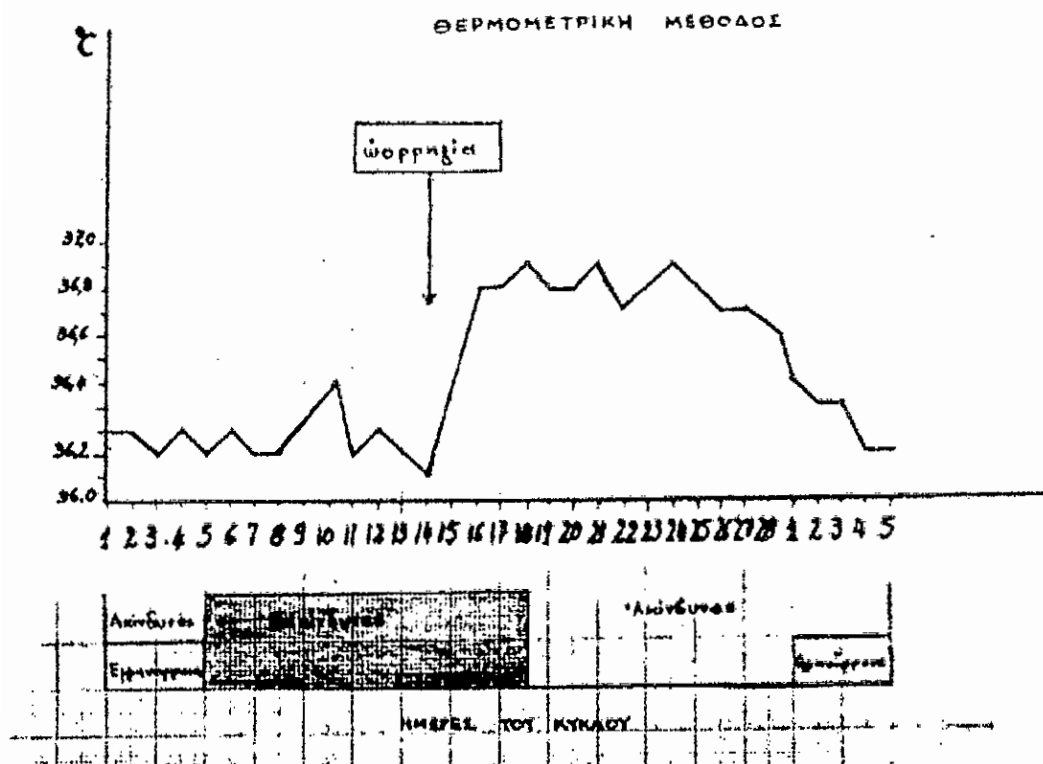
β) Η νυχτερινή ανάπαυση πρέπει να είναι τουλάχιστον 6 ώρες .

γ) Η μέτρηση πρέπει να γίνεται καθημερινά και κατά το δυνατόν τη ίδια ώρα .

δ) Αλλαγές στην ώρα της μέτρησης όπως επίσης και παθήσεις π.χ κρυολόγημα πρέπει να σημειώνονται

ε) Ο χρόνος για την μέτρηση της θερμοκρασίας πρέπει να είναι 5min¹⁷

Θερμομετρική μέθοδος



3. Μέθοδος εξέτασης του βλεννογόνου της μήτρας .

Κατά την διάρκεια του κύκλου και ειδικά κατά την διάρκεια της ωορρηξίας συμβαίνει αλλαγή στο βλεννογόνο της μήτρας , οπότε εκκρίνεται περισσότερη βλέννα που είναι λεπτόρρευστη και πιο γλοιώδης . Η γυναίκα εξετάζοντας την υφή του εκκρίματος αυτού , όταν παρατηρήσει την παραπάνω αλλαγή , καλό θα είναι να αποφεύγει τις σεξουαλικές σχέσεις .

Η μέθοδος αυτή είναι απλή και δε κοστίζει αλλά χρειάζεται μεγάλη προσοχή κατά την εφαρμογή της. Επιπλέον, έχει αποδειχτεί ότι δεν παρέχει ικανοποιητικά αποτελέσματα.⁵

3.1.2 Μηχανικοί μέθοδοι

Πρόκειται για τρόπους παρεμπόδισης της συνάντησης του ωαρίου -σπερματοζωαρίου με την χρησιμοποίηση τεχνητών φραγμών. Ο άνδρας πρέπει να σταματήσει τη σεξουαλική πράξη για να βάλει το προφυλακτικό ή η γυναίκα πρέπει να βάλει προφυλακτικό ή διάφραγμα πριν την ερωτική πράξη.⁹

ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΑ

Το προφυλακτικό είναι συνθετικό ελαστικό ή περικόλυμμα από δέρμα ζώου που εφαρμόζεται πάνω στο πέος όταν βρίσκεται σε κατάσταση στύσης. Μερικά προφυλακτικά έχουν μια μικρή ρόγα (προεξοχή) στην άκρη για να συγκρατεί το σπέρμα. Η κατασκευή του ελαστικού είναι τέτοια ώστε να εμποδίζει το σπέρμα να φτάσει στον κόλπο. Είναι το ίδιο αποτελεσματικό όπως και το διάφραγμα. Η αποτελεσματικότητά του μπορεί να αυξηθεί με την χρησιμοποίηση προφυλακτικού gel με το οποίο αλείφεται εξωτερικά πριν

την συνουσία . Μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί σπερματοκτόνος αφρός στον κόλπο πριν από την συνουσία .⁵

Η χρησιμοποίηση ελαστικού προφυλακτικού είναι μια από τις ευκολότερες μεθόδους . Μπορούμε να τα προμηθευτούμε παντού ενώ η τιμή τους ποικίλει και είναι ανάλογη με την ποιότητα τους . Μια έρευνα που έγινε πάνω σε αυτό το θέμα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι στα 100 ζευγάρια που χρησιμοποίησαν την μέθοδο αυτή επί 1 χρόνο παρουσιάστηκε εγκυμοσύνη στα 13-14 από αυτά . Επίσης , εμποδίζει την μετάδοση των αφροδίσιων νοσημάτων . Πέρα από όλα αυτά η χρήση προφυλακτικών παρουσιάζει και μειονεκτήματα δηλαδή :

- 1) Εμποδίζουν την πλήρη ικανοποίηση
- 2) Απαιτούν διακοπή της δράσης (σεξουαλικής επαφή) για να τοποθετηθούν
- 3) Το ελαστικό μπορεί να σπάσει ή να κοπεί ενώ μπορεί μερικά άτομα να είναι αλλεργικά στην χρήση τους⁵

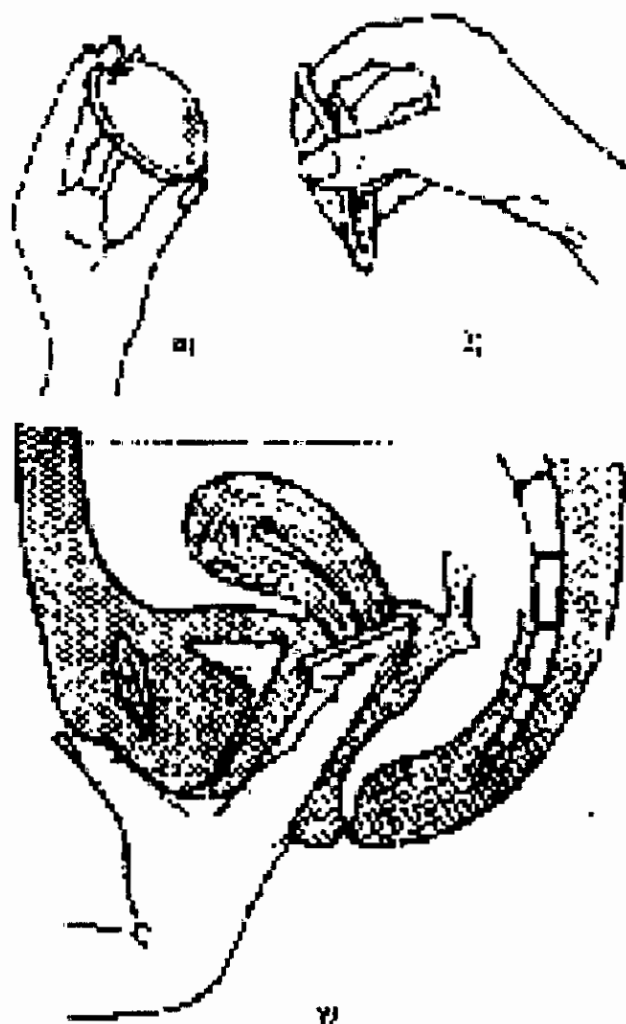


ΔΙΑΦΡΑΓΜΑ

Τα κολπικά διαφράγματα έχουν σχήμα ελαστικού θόλου. Είναι σχηματοδιασμένα έτσι ώστε να μπορούν να συγκρατούν το σπέρμα κλείνοντας την είσοδο του τραχήλου της μήτρας. Έχουν διάμετρο 5-10 εκ. περίπου και στο περιφερειακό τους άκρο είναι προσαρμοσμένος ένας μεταλλικός δακτύλιος. Το κολπικό διάφραγμα τοποθετείται διαγώνια στον κόλπο κι εφαρμόζεται. Ανάμεσα στον οπίσθιο θόλο και στην υβική σύμφυση έτσι ώστε να σκεπάζει όλο τον τράχηλο.

Το διάφραγμα τοποθετείτε στην γυναίκα από τον γιατρό. Πρέπει να χρησιμοποιείται μαζί με αυτό και ένα προφυλακτικό gel. Το gel αυτό τοποθετείτε στις άκρες και από τις δυο πλευρές του διαφράγματος πριν από την τοποθέτηση του τελευταίου. Το διάφραγμα μπορεί αν τοποθετηθεί 2 ώρες πριν την συνουσία και να παραμείνει για 8 ώρες μετά από αυτή. Βρέθηκε ότι στις 100 γυναίκες που χρησιμοποίησαν το διάφραγμα επί 1 χρόνο παρουσιάστηκε εγκυμοσύνη σε 10-20 από αυτές. Τα πλεονεκτήματα της χρήσης του διαφράγματος είναι :

1) Είναι αβλαβές στον οργανισμό



Εικόνα 1. Τεχνική κλήση κολικού διαφυλάξεως ως μέτρο του διαφραγματος, δι' ασφαλή σύλληψη και για την εισαγωγή του στον κόλπο τη κυκλοφορία του μύα στον κόλπο.

- 2) Είναι υγιεινό και δεν προκαλεί καμία λοίμωξη στον κόλπο
- 3) Όταν είναι τοποθετημένο σωστά δεν γίνεται αισθητό κατά τη συνουσία και έτσι δεν μειώνει την σεξουαλική ικανοποίηση.

Τα μειονεκτήματα του είναι :

- 1) Όταν δεν τοποθετείτε σωστά προκαλεί πόνο και δυσφορία .
Αυτό οφείλεται στην χρησιμοποίηση λανθασμένου μεγέθους σε υπερβολικό τέντωμα του ελατηρίου ή σε δυσκοιλιότητα .
- 2) Το διάφραγμα ή τα σπερματοκτόνα μπορεί να προκαλέσουν αλλεργία στην γυναίκα ή στο σύντροφο της .
- 3) Δε χρησιμοποιείτε από τις γυναίκες που δε τους αρέσει να αγγίζουν τα γεννητικά τους όργανα καθώς και από αυτές που παρουσιάζουν πρόπτωση μήτρας.

ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΑ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΑ

Τα ενδομήτρια σπειράματα είναι μαλακά πλαστικά αντικείμενα διαφόρου σχήματος και μεγέθους περίπου 3-4 εκ. Η προφυλακτική δραστηριότητα τους είναι ανάλογη με την επιφάνεια τους για μεγαλύτερη προφύλαξη πρέπει να χρησιμοποιείτε το μεγαλύτερο μέγεθος του σπειράματος που εφαρμόζεται στην μήτρα.

Τα πιο καινούργια σπειράματα που χρησιμοποιούνται είναι τα χάλκινα και περιβάλλονται από πλαστικά περικαλύμματα στα σχήμα Τα και Υ . Το ιόντα χαλκού που ελευθερώνονται αυξάνουν

την προφυλακτική τους δράση. Ένα ακόμα πιο νέο σπείραμα είναι το σπείραμα προγεστερόνης. Αποτελείται από μια μικρή πηγή προγεστερόνης που περιέχεται σε μια μεμβράνη. Η δράση της προγεστερόνης στηρίζεται στην ποσότητα ομώνυμης ουσίας που αποτελείται από την πηγή και διοχετεύεται μέσα στην κοιλότητα της μήτρας για μακρύ χρονικό διάστημα.

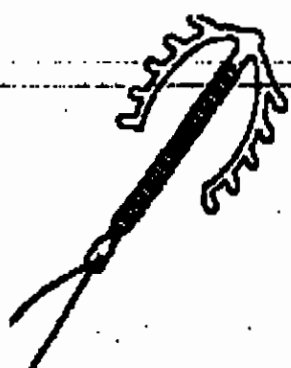
Η μέθοδος δράσης του ενδομήτριου σπειράματος δεν είναι ακόμα ολότελα γνωστή. Δεν υπάρχουν δηλαδή στοιχεία για το αν και πως το σπείραμα επηρεάζει την ωορρηξία ή την γονιμοποίηση του ωαρίου και περαιτέρω την μεταφορά του σπέρματος. Η δράση του πρέπει να είναι μάλλον τοπική μέσα στην μήτρα όπου το σπείραμα φαίνεται όρτι εμποδίζει την εμφύτευση.

Τα ενδομήτρια σπειράματα τοποθετούνται από τον γιατρό συνήθως κατά την διάρκεια της εμηνόρρουσης οπότε η μήτρα έχει διαστάσει. Ο γιατρός θα πρέπει να κάνει απαραίτητα μια εξέταση τον μήνα εκτός αν είναι εντελώς βέβαιος ότι η τοποθέτηση έχει γίνει απόλυτα σωστά. Συμβαίνει πολλές φορές σε μερικές γυναίκες να εμφανιστούν λίγες σταγόνες αίματος ή και αιμορραγίες ακόμα

ανάμεσα σε δυο κύκλους. Δεν είναι εξάλλου σπάνιο το φαινόμενο η γυναίκα να ενοχλείται από πόνους για μερικούς μήνες. Αν οι πόνοι είναι είναι πάρα πολλοί δυνατοί τότε το ενδομήτριο σπείραμα πρέπει να αφαιρεθεί. Αν δεν υπάρχουν παρενέργειες το σπείραμα μπορεί να παραμείνει για μεγάλο χρονικό διάστημα. Με την χρήση σπειράματος δε χρειάζεται καμία άλλη αντισυλληπτική μέθοδος ενώ ο σύζυγος δεν είναι αναγκαίο να γνωρίζει για την παρουσία του. Ένα ενδομήτριο σπείραμα διαθέτει μια νάιλον κλωστή που προεξέχει από το άνοιγμα της μήτρας. Μια γυναίκα μπορεί να αισθανθεί πριν την συνουσία αν το σπείραμα είναι απόλυτα στην θέση του ή αν έχει πέσει στον κόλπο οπότε ενεργεί κατάλληλα.

Το ενδομήτριο σπείραμα είναι απόλυτα αντιστρεπτό. Τούτο σημαίνει πως αν η γυναίκα αποφασίσει να το βγάλει θα μπορεί όποτε θέλει να μείνει έγκυος. Όταν η γυναίκα αποφασίσει να μείνει έγκυος πηγαίνει στο γιατρό της και το αφαιρεί. Το ποσοστό εγκυμοσύνης που παρουσιάζεται από την χρήση ενδομήτ-

ριων σπειραμάτων είναι χαμηλό καθώς κυμαίνεται γύρω στο 1-5% ενώ και η τιμή του είναι προσιτή αλλά και η τοποθέτηση του αρκετά εύκολη.



α) Multiloop - Standard



β) Multiloop - Short



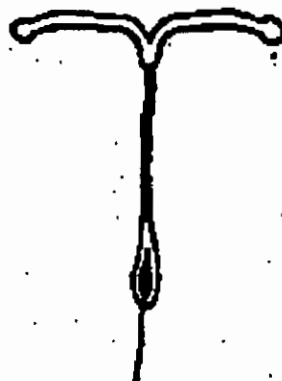
γ) Multiloop - Mini



δ) Copper 7



ε) Copper T



στ) Nova T

3.1.3 Χημικοί μέθοδοι

Πρόκειται για χημικά παρασκευάσματα που είναι σε θέση να σκοτώνουν τα σπερματοζώαρια ή να παρεμποδίζουν την κίνηση τους.

ΚΟΛΠΙΚΑ ΣΠΕΡΜΑΤΟΚΤΟΝΑ

Πρόκειται για χημικά παρασκευάσματα που είναι σε θέση να σκοτώνουν τα σπέρματα ή να παρεμποδίζουν την κίνηση τους. Τα κολπικά σπερματοκτόνα προσφέρονται με την μορφή αφρού κρέμας και ζελέ. Πολλές μάρκες σπερματοκτόνων κυκλοφορούν στην αγορά και προσφέρονται χωρίς την ανάγκη συνταγής. Είναι απαραίτητο ωστόσο να διαβάζονται με προσοχή οι οδηγίες χρήσης και να εφαρμόζονται με ακρίβεια.

ΚΟΛΠΙΚΟΣ ΑΦΡΟΣ

Ένα από τα πιο δραστικά και ταυτόχρονα αποτελεσματικά μέσα αντισύλληψης είναι ο κολπικός αφρός που έχει το μεγάλο πλεονέκτημα πως χρησιμοποιείτε εύκολα. Με την βοήθεια μιας πλαστικής σύριγγας παίρνουμε τον αφρό που βρίσκεται υπό πίεση σε ένα δοχείο και τον μεταφέρουμε μισή ώρα πριν την συνουσία στον κόλπο της γυναίκας.

ΧΑΠΙΑ

Τα χάπια που χρησιμοποιούνται από τις γυναίκες αποτελούνται από συνθετικά οιστρογόνα και προγεστερόνη και παρουσιάζουν μεγάλη αποτελεσματικότητα την πρόληψη της εγκυμοσύνης. Όπως είναι γνωστό η υπόφυση παράγει τις ορμόνες θυλακιοτρόπίνη (F.S.H) και ωχρινοτροπίνη (LH) που είναι απαραίτητες για την παραγωγή και απελευθέρωση του ώριμου ωαρίου από την ωοθήκη. Τα ωοθυλάκια των ωοθηκών παράγουν οιστρογόνα και προγεστερόνη.

Η προσφορά των οιστρογόνων έγκειται στο γεγονός ότι προετοιμάζουν κατάλληλα την εσωτερική επιφάνεια της μήτρας καθορίζοντας το μέγεθος και τον βαθμό παραγωγικότητας του βλενογόνου. Όταν αυξήσουμε την ποσότητα των οιστρογόνων αναστέλλουμε έμμεσα την παραγωγή του FSH.

Η προγεστερόνη προκαλεί έκκριση στα τοιχώματα της μήτρας εμποδίζει τη ροή από το βλενογόνο της μήτρας και βοηθάει στην αναστολή της παραγωγής της LH. Όταν το χάπι λαμβάνεται καθημερινά (αρχίζοντας από την πέμπτη μέρα μετά από την αρχή

της εμμηνόρροιας) αναστέλλει την παραγωγή των FSH και LH πριν παραχθεί ένα ώριμο ωάριο. Τούτο οφείλεται στην παρουσία της συνθετικής προγεστερόνης και των συνθετικών οιστρογόνων. Με τον τρόπο αυτό αποτρέπεται η ωορρηξία και έτσι δε υπάρχει ωάριο για να ενωθεί με το σπέρμα που έχει εκκριθεί κατά την συνουσία. Αν όμως το ωάριο απελευθερωθεί τα συνθετικά οιστρογόνα και η προγεστερόνη επιταχύνουν την μεταφορά του μέσα από τις σάλπιγγες με αποτέλεσμα αυτό να φτάσει στην μήτρα όταν αυτή δεν είναι ακόμα έτοιμη να το δεχτεί. Το ενδομήτριο αλλάζει μορφή και η βλέννα που εκκρίνεται γίνεται πυκνόρρευστη. Έτσι εμποδίζεται η είσοδος του σπέρματος στην μήτρα.

Η αποφυγή της εγκυμοσύνης με τη μέθοδο των χαπιών πετυχαίνεται με ποικίλους τρόπους που εξαρτιούνται από την μάρκα του χαπιού που εξαρτιούνται από την μάρκα του χαπιού που χρησιμοποιείται και από την δόση και τον αριθμό χαπιών που παίρνει η γυναίκα. Το μεγαλύτερο πλεονέκτημα είναι ο εύκολος τρόπος λήψης και η μεγάλη του αποτελεσματικότητα.

αυξάνεται στις γυναίκες άνω των 34 ετών. Τα φαινόμενα θρόμβωσης του αίματος μπορεί να ελαττωθούν με αντικατάσταση του χαπιού οιστρογόνων με άλλο μικρότερης δόσης.

Το χάπι δεν ενδείκνυται για τις γυναίκες που είναι διαβητικές παχύσαρκες καπνίζουν πολύ παρουσιάζουν μεγάλη πίεση του αίματος ή έχουν ιστορικό θρόμβωσης του αίματος. Δεν υπάρχουν αποδείξεις ότι το χάπι προκαλεί καρκίνο. Τα οιστρογόνα ωστόσο μπορεί να αυξήσουν την ανάπτυξη του καρκίνου που προϋπάρχει.

Πρέπει να παίρνονται ορισμένα μέτρα προκειμένου να χρησιμοποιηθεί το χάπι. Δηλαδή : α) Πρέπει να λαμβάνεται με συνταγή και μετά από ιατρική εξέταση, β) Αν παρουσιαστούν δυνατοί πονοκέφαλοι ξαφνικά θόλωμα ή απώλεια της όρασης δυνατοί πόνοι των ποδιών πόνοι στο στήθος ή δύσπνοια είναι ανάγκη να ζητηθεί η συμβουλή και η βοήθεια του γιατρού.

Σήμερα στο εμπόριο κυκλοφορεί μεγάλη ποικιλία χαπιού όπως τα σύνθετα χάπια τα σύνθετα χαπια χαμηλής δόσης οιστρογόνων και τα χάπια προγεστερόνης.

1. Σύνθετα χάπια

Κάθε τέτοιο χάπι περιέχει συνθετικά οιστρογόνα και προγεστερόνη

Το αντισυλληπτικό χάπι παρέχεται με συνταγή γιατρού ο οποίος θα συστήσει στη γυναίκα που ενδιαφέρεται το κατάλληλο χάπι. Η ιατρική εξέταση πρέπει να περιλαμβάνει απαραίτητα τεστ Παπανικολάου εξέταση του στήθους μέτρηση της πίεσης του αίματος και λήψη ιατρικού ιστορικού. Επιβάλλεται να γίνεται κάθε δυο φορές το χρόνο. Δεν πρέπει μια γυναίκα σε καμία περίπτωση να δέχεται χάπια από γιατρό αν αυτός δεν την έχει εξετάσει προηγουμένως.

Αρκετές γυναίκες παρουσιάζουν παρενέργειες από την λήψη χαπιού. Αν οι παρενέργειες αυτές είναι ασθενείς εξαφανίζονται μέσα σε λίγους μήνες. Τέτοιες μπορεί να είναι κατάθλιψη, ναυτία, εντερικός ερεθισμός, κούραση πρήξιμο του στήθους και εμφάνιση σταγονιδίων αίματος στη μέση περίπου του κύκλου.

Οι πιο πιθανές παρενέργειες που συνδέονται με το χάπι οιστρογόνων είναι θρομβωτικά επεισόδια (του εγκεφάλου και της στεφανιαίας). Τέτοιου είδους θρόμβοι περνώντας στους πνεύμονες προκαλούν πνευματική εμβολή. Αυτό παρατηρείται συνήθως σε γυναίκες που έχουν τύπο αίματος A και AB. Στις γυναίκες 20-34 ετών έχει παρατηρηθεί ποσοστό θανάτων από 1,5%. Το ποσοστό αυτό

Είναι σχεδιασμένο να λαμβάνεται για 20-21 μέρες από την εμμηνόρροια αρχίζοντας την 5^η μέρα και τελειώνοντας την 24^η-25^η. Μετά για 7-8 μέρες σταματάει η λήψη του χαπιού. Μερικές μάρκες περιέχουν 28 χάπια από τα οποία τα 21 είναι ενεργά ενώ τα τελευταία 7 είναι Placebos (εικονικό φάρμακο) ή περιέχουν μόνο συμπλήρωμα σιδήρου και επιτρέπουν την διατήρηση του συνήθειας λήψης του χαπιού σε όλη την διάρκεια του κύκλου των 28 ημερών. Το σύνθετο χάπι είναι η πιο δραστική μέθοδος ελέγχου των γεννήσεων. Το ποσοστό αποτυχίας κυμαίνεται από 0,2% μέχρι 0,5% σε ετήσια βάση.

2. Σύνθετα χάπια χαμηλής δόσης οιστρογόνων

Τα χάπια αυτά δημιουργήθηκαν με την ελπίδα ότι θα μειωθεί η εμφάνιση θρομβώσεων στις γυναίκες που τα χρησιμοποιούν. Ο κίνδυνος αυτός ελαττώνεται με την μείωση της περιεκτικότητας τους σε οιστρογόνα. Το ποσοστό αποτυχίας πρόληψης της εγκυ-⁵σύνης είναι μεγαλύτερο ανερχόμενο σε 1-2% σε ετήσια βάση.

3. Χάπια προγεστερόνης

Είναι χάπια που περιέχουν χαμηλή δόση προγεστερόνης. Δε περιέχουν οιστρογόνα. Σήμερα τα χάπια προγεστερόνης διατίθενται

σε πακέτα των 35-45 δισκίων. Σε αντίθεση με τα άλλα το χάπι αυτό πρέπει να λαμβάνεται καθημερινά και χωρίς καμιά διακοπή όσο χρόνο είναι επιθυμητό να εμποδιστεί η σύλληψη. Το χάπι προγεστερόνης δρα κυρίως για την πρόληψη των μεταβολών στο βλεννογόνο της μήτρας και της διόδου του σπέρματος ενώ υπάρχουν ενδείξεις μεταβολής του ενδομητρίου και της εισόδου των σαλπίνγων. Το ποσοστό αποτυχίας της μεθόδου αυτής είναι 3% σε ετήσια βάση.

4. Πρωινό χάπι

Αποτελείται από συνθετικά οιστρογόνα και προκαλεί συστολή της μήτρας προστατεύοντας έτσι τις γυναίκες που το χρησιμοποιούν. Απαιτείται μεγάλη προσοχή γιατί όταν χρησιμοποιηθεί για μεγάλο χρονικό διάστημα μπορεί να προκαλέσει καρκίνο.

ΕΝΕΣΗ ΤΡΙΩΝ ΜΗΝΩΝ

Η αντισυλληπτική αυτή μέθοδος περιέχει συνθετική προγεστερόνη αλλά είναι περιορισμένης χρήσης. Η ένεση γίνεται στο μηρό ή στο χέρι κάθε 90 μέρες. Είναι το μόνο γνωστό αντισυλληπτικό που μπορεί να αποτρέψει την εγκυμοσύνη για τρεις μήνες. Χρ-

ρησιμοποιείται από τις γυναίκες εκείνες που δεν μπορούν να χρησιμοποιήσουν το χάπι.

ΠΛΥΣΕΙΣ

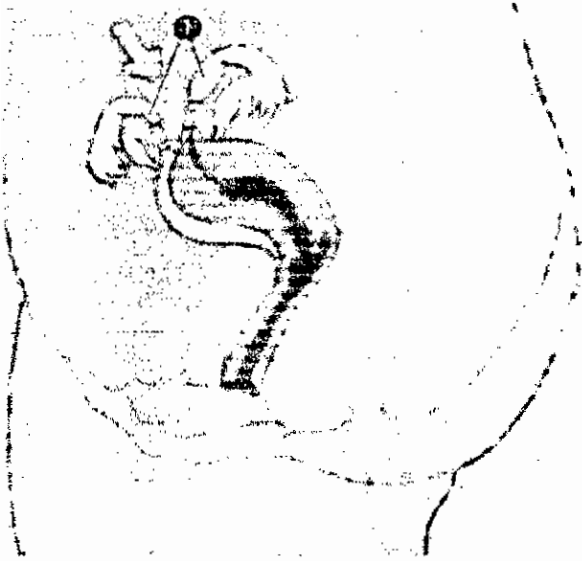
Μερικές γυναίκες πιστεύουν ότι είναι δυνατόν να αποφύγουν την εγκυμοσύνη αν πλυθούν αμέσως μετά την συνουσία.

Οι πλύσεις μπορεί να γίνουν με διαφορετικούς τρόπους όπως με ζεστό νερό ξύδι χυμό λεμονιού κομμάτια σαπουνιού διαλυμένα στο νερό ή διάφορα φαρμακευτικά παρασκευάσματα. Σε όλες πάντως τις περιπτώσεις το υγρό της πλύσεως τοποθετείτε σε μια πλαστική φούσκα και από εκεί αδειάζετε μέσα στον κόλπο.

Η αποτελεσματικότητα των πλύσεων είναι πολύ μικρή και οφείλεται στο γεγονός ότι το σπέρμα είναι ασφαλές μέσα στην μήτρα 30 δευτ. μετά την εκσπερμάτωση. Εξάλλου οι πλύσεις προορίζονται για τον κόλπο και όχι για το εσωτερικό της μήτρας. Συνίσταται λοιπόν να αποφεύγεται αυτή η μέθοδος γιατί δε προσφέρει καμία σιγουριά στο ζευγάρι.

3.1.4 Χειρουργικές επεμβάσεις

ΓΥΝΑΙΚΕΙΑ ΣΤΕΙΡΩΣΗ



Οι χειρουργικές επεμβάσεις για την επιτυχία αντισύλληψης ή στείρωσης στη γυναίκα, αφορούν την προσωρινή ή μόνιμη έμφραξη των σαλπίγγων. Πάνω από 100 μέθοδοι προτάθηκαν για τη επιτυχία χειρουργικής στείρωσης στη γυναίκα. Από αυτές, οι σπουδαιότερες είναι οι κοιλιακές, κολπικές και λαπαροσκοπικές.¹⁴

Κοιλιακές. Αυτές γίνονται ύστερα από μικρή τομή Pfannenstiel και είναι:

1. η απλή απολίνωση των μεσαίων τριτημορίων των σαλπίγγων με ράμμα.
2. η απλή απολίνωση των μεσαίων τριτημορίων των σαλπίγγων με εφαρμογή δακτυλίου σιλικόνης που μπορεί να αφαιρεθεί όταν

επιθυμείται η αποκατάσταση της διαβατότητας των σαλπίνγων .

3. η απολίνωση των σαλπίνγων ύστερα από σύνθλιψη τους με λαβίδα .

4. η τεχνική του Medlener , δηλαδή , η ανύψωση των σαλπίνγων , η σύλληψη τους , η σύνθλιψη τους και η απολίνωση των δυο παράλληλων τμημάτων τους και των μεσοσαλπιγγίων που βρίσκονται ανάμεσα σε αυτά .

5. η διατομή των σαλπίνγων ύστερα από δυο απολινώσεις τους , που απέχουν μεταξύ τους 1εκ. και ο ενταφιασμός των κολοβωμάτων μέσα στα πέταλα των πλατέων συνδέσμων ή μέσα στη κυστεομητριάα πτυχή .

6. η εκτομή των μεσαίων τριτημορίων των σαλπίνγων ή ολόκληρων των σαλπίνγων .

7. ο ενταφιασμός των κωδώνων των σαλπίνγων .

8. η τεχνική του Romeroy , που αποβλέπει στην εκτομή τμημάτων των σαλπίνγων και στον ενταφιασμό των κολοβωμάτων τους .¹⁴

Κολπικές . Αυτές γίνονται ύστερα από κολποτομία , δουγλασειοσκοπία ή υστεροσκοπία και είναι :

1. η κολπική υστερεκτομία σε πολυτόκες .

2. η πρόσθια κολποτομία , η ανεύρεση των σαλπίνγων και η απολί-
νωση τους .

3. η οπίσθια κολποτομία , η ανεύρεση των σαλπίνγων και η απολί-
νωση τους . Αυτή είναι ευκολότερη από την προηγούμενη γιατί οι
σάλπιγγες βρίσκονται ευκολότερα .

4. η ύστερα από δουλασειοσκόπηση ηλεκτροκαυτηρίαση ή απολί-
νωση των σαλπίνγων με αγκτήρα .

5. η ύστερα από υστεροσκόπηση ηλεκτροκαυτηρίαση των μητριαίων
στομίων των σαλπίνγων με σκοπό την δημιουργία ουλώδους ιστού
που βουλώνει τα στόμια .

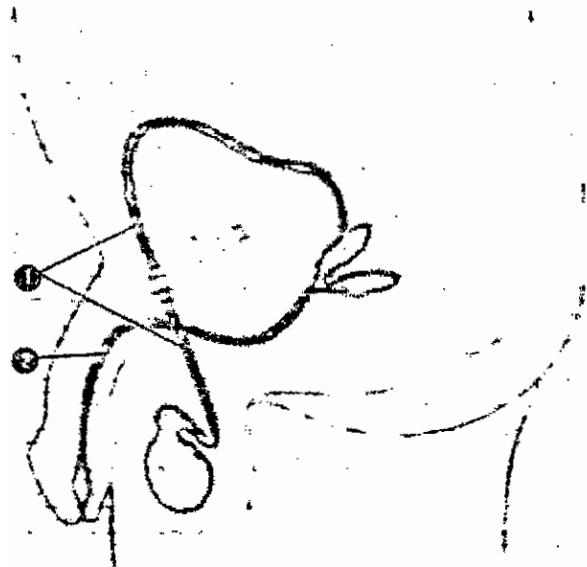
6. η ύστερα από υστεροσκόπηση εφαρμογή βυσμάτων από πλαστική
ύλη στα κέρατα της μήτρας για την έμφραξη των μητριαίων
στομίων των σαλπίνγων .¹⁴

Λαπαροσκοπικές . Αυτές γίνονται με την χρησιμοποίηση του λαπ-
αποσκοπίου .

1. η ηλεκτοκαυτηρίαση των σαλπίνγων με ειδική λαβίδα , που χρησ-
μοποιείται για την ιστοληψία των ωοθηκών σε ένα ή δυο ση-
μεία με ή χωρίς διατομή των σαλπίνγων και με κίνδυνο αιμορρα-
γίας των μεσοσαλπινγίων .

2. η τοποθέτηση ειδικών αγκτήρων όπως του Hulka ή ειδικών δακτυλίων, όπως του Yoon που καταργούν τη διαβατότητα των σαλπίνγι-¹⁴κών αυλών κι επιτρέπουν τη αποκατάσταση τους όταν εξαιρεθούν .

ΑΝΤΡΙΚΗ ΣΤΕΙΡΩΣΗ



Αυτές αφορούν στην απολίνωση του σπερματικού πόρου (στειροποίηση) ή στην προσωρινή έμφραξη των πόρων των επιδιδυμίδων με πλαστικό αγκτήρα (αντισύλληψη).¹⁴

Η απολίνωση των σπερματικών πόρων αποτελεί απλή, αποτελεσματική, ασφαλή και όχι ακριβή επέμβαση. Γίνεται :

1. τομή των πόρων και απολίνωση τους .
2. τομή και εξαίρεση τμήματος του μήκους 1 εκ.
3. η εκτέλεση βελονο-ηλεκτροκαυτηρίασης των αυλών .

4. έγχυση σκληρυντικών ουσιών μέσα στους πόρους .

5. τοποθέτηση αγκτήρων ή εκτέλεση ηλεκτροκαυτηρίασης ή τοποθέ-¹⁴
τηση εμφρακτικού σωλήνα ή ταινίας μέσα στους αυλούς .

Η απολίνωση των σπερματικών πόρων προκαλεί την ανάπτυξη αντι-
ισωμάτων που σε περίπτωση μεταμέλειας του άντρα και επιθυμί-
ας αποκατάστασης της διαβατότητας των πόρων , αποτελεί θεραπ-
ευτικό πρόβλημα .¹⁴

ΕΚΤΡΩΣΗ

Στις χειρουργικές επεμβάσεις μπορούμε να κατατάξουμε και την
εκτέλεση άμβλωσης που δεν αποτελεί αντισυλληπτική μέθοδο γιατί
δεν προλαβαίνει την σύλληψη αλλά αποβλέπει στην έξοδο ανεπιθύ-
μητου κνήματος από την ενδομήτρια κοιλότητα .¹⁴

Τρόποι έκτρωσης

Η έκτρωση γίνεται με πολλούς τρόπους .Οι συνηθέστεροι είναι οι
εξής .

1.Διαστολή και αναρρόφηση

Η έκτρωση με αναρρόφηση είναι η πιο απλή μέθοδος. Ένας αναρρ-
οφητικός εμβρυολκός συνδέεται με αντλία κενού ,περνάει μέσα από
το άνοιγμα της μήτρας και γίνεται η αναρρόφηση του ενμβρύου . Η

μέθοδος αυτή είναι ασφαλής, όταν γίνεται κατά τις 12 πρώτες εβδομάδες της εγκυμοσύνης . Αν χρησιμοποιηθεί μετά την 12^η εβδομάδα είναι απαραίτητο να γίνει διαστολή της μήτρας ώστε να μπορέσει αν εισέλθει ο αναρροφητικός εμβρυουλκός.

Η μέθοδος αυτή απαιτεί δεξιότητα και συνίσταται στη διαστολή του αυχένα της μήτρας και στο ξύσιμο των εσωτερικών τοιχωμάτων της μήτρας με ένα ξέστρο που μοιάζει με κουτάλι.

2.Αλατούχα ένεση

Σύμφωνα με τη μέθοδο αυτή , ο γιατρός εισάγει υπέρτονο διάλυμα αλατιού ή γλυκόζης στην κοιλότητα της μήτρας . Μετά από αυτό η μήτρα συστέλλεται και μέσα σε 1-2 μέρες , αποβάλλονται το έμβρυο και στην συνέχεια ο πλακούντας . Είναι η πιο κοινή μέθοδος έκτρωσης και εφαρμόζεται μετά την 16^η και μέχρι την 24^η εβδομάδα της εγκυμοσύνης . Η εφαρμογή της μεθόδου αυτή απαιτεί 1-3 μέρες αλλά ο κίνδυνος επιπλοκών είναι 3 φορές μεγαλύτερος από ότι στις παραπάνω μεθόδους .

3.Προσταγλανδίνες

Η χορήγηση προσταγλανδινών γίνεται είτε ενδοφλέβια είτε με την βοήθεια καθετήρα που της τοποθετεί μέσα στην μήτρα . Οι προστα-

γλανδίνες έχουν την ιδιότητα να προκαλούν σύσπαση των μαλακών μυών πράγμα που οδηγεί στην αποβολή του εμβρύου. Αυτό όμως, μπορεί να δημιουργήσει επιπλοκές όπως ναυτία, διάρροια και εμετό.

4. Υστερεκτομή

Τέλος έχουμε την υστερεκτομή κατά την οποία αφαιρείται ολόκληρη η μήτρα, κι έτσι αποκλείεται κάθε περίπτωση πιθανής σύλληψης.

Επιπλοκές

Τις επιπλοκές της έκτρωσης της διακρίνουμε σε τοπικές, γενικευμένες και σε τυχαίες.

Τοπικές

Αιμορραγία. Προέρχεται από κατακράτηση στοιχείων του κυήματος στην ενδομήτρια κοιλότητα ή πλακουντικό πολύποδα ή χοριοκαρκίνωμα. Αντιμετωπίζεται με την απόξεση της μήτρας και ιστολογικό έλεγχο των ξεσμάτων. Μετά την επέμβαση χορηγούνται μητροσυσπαστικά και αντιβίωση για να προλάβουμε ενδεχόμενη μόλυνση. Στις μελέτες των Dailing J.I., Emanuel I, Quick παρατηρήθηκαν μετεκρωτικές επιπλοκές όπως στειρότητα, απότομη αποβολή (κατά την δεύτερη κύηση) και γέννηση πρόωρων ή ελλειποβαρών βρεφών.^{15,5}

Μόλυνση. Προέρχεται από την παραμελημένη ρήξη του εμβρυϊκού

σάκου ή τη κατακράτηση στοιχείων του κυήματος στην ενδομήτρια κοιλότητα . Η μόλυνση γίνεται αντιληπτή με την μορφή κραμπών , πυρετού , έκκρισης ή δυσφορίας στην πύελο . Θα την αντιμετωπίσουμε με απόξεση της μήτρας κι αμέσως χορήγούμε αντιβιοτικά . Πολλές φορές η μόλυνση παρατηρείται στις σάλπιγγες και στα παραμήτρια και όταν δε την προλάβουμε σχηματίζεται πυελοπεριτονίτιδα και απόστημα του δουγάσειου . Επίσης είναι δυνατόν να συμβεί θρομβοφλεβίτιδα και μάλιστα σηπτική όπως και σε κάθε επέμβαση της ^{15,5} πύελου .

Διάτρηση της μήτρας . Συμβαίνει πάνω από το εσωτερικό στόμιο είτε στο πρόσθιο , είτε στο οπίσθιο τοίχωμα ανάλογα με τη θέση της μήτρας και κάποτε στον πυθμένα της . Θα αντιμετωπιστεί συντηρητικά ή με επέμβαση ¹⁵ .

Τοξικές βλάβες . Αυτές προέρχονται από την έγχυση ουσιών για την πρόκληση άμβλωσης . Θα την αντιμετωπίσουμε με υστερεκτομή ¹⁵ .

Διαταραχές της εμμηνορρυσίας . Προέρχονται ύστερα από φλεγμονή και την ανάπτυξη ενδομήτριων συμφύσεων , θα τις αντιμετωπίσουμε με ορμονοθεραπεία για την ανάπλαση του ενδομητρίου ή με την εφαρμογή ενδομητρίου καθετήρα για την διάσπαση των ενδομητρίων

συμφύσεων τις οποίες αντιμετωπίζουμε και υστεροσκοπικά .

Γενικευμένες .Αφορούν την επέκταση της μόλυνσης και τη πρόκληση σηπτικού shock .¹⁵

Σηπτικό shock .Υποπτες θεωρούνται οι αποξέσεις σε εγκυμοσύνες μεγαλύτερες από 12 εβδομάδες . Επίσης μετά από την ρήξη του εμβρυικού σάκου , η κοιλική πλύση που θα ακολουθήσει ή η συνουσία υπάρχουν πιθανότητες να προκληθεί σηπτική έκτρωση .Τέλος το σηπτικό shock αποτελεί επιπλοκή πυελονεφρίτιδας μετά την 16^η εβδομάδα της εγκυμοσύνης .Όσο μεγαλύτερο είναι το χρονικό διάστημα ανάμεσα από την αρχή της μόλυνσης μέχρι την έναρξη της αντιβίωσης τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος σηπτικού shock .¹⁵

Για την αντιμετώπιση χορηγούμε αντιβίωση και ηπαρίνη ενδοφλέβια για 7-10 μέρες .Χειρουργική επέμβαση γίνεται σε περίπτωση απότυχίας της συντηρητικής αγωγής .¹⁵

Τυχαίες . Εμφανίζονται είτε κατά την εκτέλεση της επέμβασης σε συχνότητα 40-50% όπως η ανακοπή , η εμβολή , είτε αργότερα όπως η εμβολή εγκεφαλικών αγγείων με αντίστοιχη αναπηρία .Επίσης παρουσιάζονται ψυχολογικές διαταραχές όπως συμπλέγματα ενοχής , μελαγχολίας κ.τ.λ.¹⁵

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΑΦΡΟΔΙΣΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

ΑΦΡΟΔΙΣΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Ο όρος **αφροδίσια νοσήματα** αφορά ομάδα νοσημάτων, που μεταδίδονται κυρίως με γενετήσια επαφή. Σήμερα ονομάζονται <<νοσήματα μεταδιδόμενα με σεξουαλική οδό >>.

Αρχικά αφροδίσια χαρακτηρίζονταν **πέντε νοσήματα** : σύφιλη, βλεννόρροια, μαλακό έλκος, αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα και βουβονικό κοκκίωμα. Τελευταία προστέθηκαν και άλλα νοσήματα που μεταδίδονται με τον ίδιο τρόπο, τα οποία ονομάζονται <<νέα αφροδίσια νοσήματα >>. Μεταξύ αυτών αναφέρονται η φθειρίαση του εφηβαίου, τα οξυτενή κονδυλώματα, ο έρπης των γεννητικών οργάνων κ.α., η ηπατίτιδα Β και το σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS).

Στην συνέχεια αναπτύσσονται τα συχνότερα από τα παραπάνω και περισσότερο ενδιαφέροντα από απόψεως νοσηλευτικής δραστηριότητας και συμβολής στο χώρο της Δημόσιας Υγείας.

ΣΥΦΙΛΗ

Το αίτιο που προκαλεί την σύφιλη είναι το τρεπόνημα το ωχρό (Treponema Pallidum) είναι περισσότερο γνωστό σαν σπειροχαίτη. Είναι λεπτός, σπειροειδής μικροοργανισμός με οξέα άκρα. Αποτελείται από 6 έως 14 σπείρες και μοιάζει σαν ανοιχτήρι. Η σπειροχαίτη είναι υπερβολικά λεπτός οργανισμός και δεν μπορεί να ζήσει παρά μόνο λίγα λεπτά έξω από το σώμα. Η αδυναμία της σπειροχαίτης να επιζήσει στην ατμόσφαιρα διαλύει κάθε παρανόηση που διακατέχει το άτομο το πως μεταδίδεται η σύφιλη, όπως το χερούλι της πόρτας, το κάθισμα της τουαλέτας, από το ποτήρι κ.τ.λ. Η σύφιλη μεταδίδεται μόνο με την σεξουαλική επαφή.^{6,18,19}

Τρόπος μετάδοσης

Επειδή η κατασκευή της σπειροχαίτης έχει την ικανότητα να φωλιάζει μέσα στον βλεννογόνο που καλύπτει τα σεξουαλικά όργανα, το πρωκτό και το στόμα. Η μόλυνση μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή και με άλλους τρόπους σεξουαλικής εμπλοκής. Όταν ένα συφιλικό άτομο το οποίο είναι μεταδοτικό έχει σεξουαλικές σχέσεις τότε υπάρχει μια πιθανότητα στις τέσσερις να μεταδώσει τη λοίμωξη στη

σύντροφο του . Υπάρχει επίσης πιθανότητα η σπειροχαιίτη να εισέλθει στον οργανισμό κάποιου ατόμου από την λύση της συνέχειας του δέρματος τους αλλά αυτή η πιθανότητα είναι πάρα πολύ μικρή.^{6,18}

Εκδηλώσεις

Από την στιγμή που οι σπειροχαιίτες εισέρχονται από τον ανέπαφο βλεννογόνο ή από τη λύση της συνέχειας του δέρματος, αυτές μεταφέρονται μέσα στο σώμα με την ροή του αίματος.^{6,19}

Ορολογικές αντιδράσεις για τη σύφιλη στην φάση αυτή δε δείχνουν τίποτα και πιθανόν να μην δείχνουν τίποτα για μερικές εβδομάδες μετά την μόλυνση . Η πορεία της σύφιλης που δεν έτυχε κάποιας θεραπείας ακολουθεί μια σειρά από στάδια που φυσιολογικά παρουσιάζουν χαρακτηριστικά σημεία και συμπτώματα.⁶

Πρωτόγονος σύφιλη

Η περίοδος επώασης της σύφιλης απαιτεί κατά μέσο όρο 21 ημέρες⁶ αλλά μπορεί να κυμανθεί από 3-90 ημέρες .

Στην κορύφωση της περιόδου επώασης τα πρώτα εξωτερικά σημάδια της σύφιλης φυσιολογικά παρουσιάζονται . Το σκληρό έλκος εκδηλώνεται στα εξωτερικά γεννητικά όργανα δεν αποκλείεται όμως να εμφανισθεί και στον κόλπο , τον τράχηλο , τον πρωκτό (στους ομοφι-

λόφιλους) στο στόμα , την μύτη ή στο μαστό . Το σκληρό έλκος επουλώνεται εντός 3-6 εβδομάδες (διακύμανση 1-12 εβδομάδες) .

Συχνά η επούλωση είναι πλήρης ή αφήνει μια λεπτή ατροφική ουλή . Πολύ συχνά , γύρο από αυτό παρατηρείται διόγκωση των λεμφαδένων .

Δευτερογενής σύφιλη

Εάν λόγω άγνοιας ή φόβου το μολυσμένο άτομο δε λάβει σοβαρά υπόψιν του τα αρχικά σημάδια της σύφιλης , τότε αυτή προχωρεί στο δεύτερο στάδιο της νόσου . Τα πρώτα σημάδια και συμπτώματα της δευτερογενούς σύφιλης παρουσιάζονται συνήθως 4-8 εβδομάδες μετά την επούλωση του έλκους .

Η δευτερογενής σύφιλη μπορεί να κρατήσει και 2 χρόνια κατά το στάδιο αυτό εκδηλώνονται βλάβες που αφορούν το δέρμα , τους βλεννογόνους αλλά και άλλα όργανα του σώματος . Έτσι παρατηρείται ένα γενικευμένο εξάνθημα του δέρματος σε όλο το σώμα από το πρόσωπο μέχρι τις παλάμες και τα πέλματα των ποδιών . Οι δερματικές βλάβες είναι συνήθως συμμετρικές και δε προκαλούν κνησμό .

Αλωπεκία (μεγάλα μπαλώματα παρουσιάζονται στο κεφάλι από τριχόπτωση) . Αλλοιώσεις που παρουσιάζονται σαν λευκές κηλίδες στο

στόμα . Μικρές αλλοιώσεις μπορούν να παρουσιασθούν στα μέρη του δέρματος που διατηρείται υγρό όπως μεταξύ των μηρών , δακτύλων των ποδιών και στις άκρες του στόματος . Άλλα συμπτώματα αυτού του σταδίου είναι ο πυρετός , πονοκέφαλος , κακουχία , φαρρυγγίτιδα, λαρυγγίτιδα , ανορεξία , απώλεια βάρους , και γενικευμένη διόγκωση των λεμφαδένων . Οι βλάβες της δευτερογενούς σύφιλης είναι πάρα πολύ μολυσματικές όπως και το σκληρό έλκος στην πρωτογενή σύφιλη .

Το τεστ στο στάδιο αυτό είναι θετικό, επιβεβαιώνει τη μόλυνση και για αυτό το λόγο απαιτείται να γίνει εξέταση αίματος στα ζευγάρια που πρόκειται να παντρευτούν και σε όλες τις έγκυες γυναίκες . Η εξέταση του αίματος πριν την γέννηση του βρέφους ⁶ σχεδιάζεται για την προστασία του εμβρύου από την συγγενή σύφιλη .

Περίπου δυο χρόνια μετά την επαφή το αθεράπευτο θύμα της σύφιλης οδεύει στην λανθάνουσα σύφιλη . Στο στάδιο αυτό δεν υπάρχουν εξωτερικά σημάδια ή συμπτώματα και μόνο η εξέταση του αίματος μπορεί να επιβεβαιώσει τη μόλυνση . Το θύμα δε είναι πλέον μολυσματικό στο στάδιο αυτό , με μια μόνο εξαίρεση – η μολυσματική ⁶ έγκυος .

Συγγενής σύφιλη

Η σύφιλη είναι κληρονομική, αλλά μπορεί να μεταδοθεί από την μολυσμένη μητέρα στο αγέννητο παιδί της. Στην έγκυο γυναίκα με σύφιλη, η σπειροχαίτη περνάει τον πλακούντα προς το έμβρυο λίγο πριν το τέλος του τέταρτου μήνα της εγκυμοσύνης. Εάν γίνει έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία πριν το διάστημα αυτό τότε προλαμβάνεται η μόλυνση του εμβρύου.

Εάν το έμβρυο μολυνθεί, μπορεί να έχουν αποβολή του εμβρύου, ενδομήτριο θάνατο ή γέννηση παιδιού με σύφιλη, επίσης το παιδί θα παρουσιάσει πολλαπλές αλλοιώσεις όπως ρινίτιδα που είναι το πρώτο εύρημα, παρατηρείται επίσης κηλιδοβλατινώδες εξάνθημα με απόπτωση της επιδερμίδας κυρίως στα πέλματα τις παλάμες και γύρω από το στόμα (ραγάδες) και το πρωκτό. Αλλοιώσεις στα οστά όπως γενικευμένη οστεοχονδρίτιδα και περιχονδρίτιδα, σπληνομεγαλία, αναιμία, ηπατική ανεπάρκεια, παραμορφώσεις στα δόντια, τύφλωση, κώφωση και διανοητική καθυστέρηση.

Λανθάνουσα σύφιλη

Οι δερματικές εκδηλώσεις της δευτερογενούς σύφιλης μετά από δυο χρόνια επουλώνονται αυτόματα, το θύμα εισέρχεται στο στάδιο της

λανθάνουσας σύφιλης . Με τον ορισμό λανθάνουσα σύφιλη , απλώς σημαίνει ότι η σύφιλη βρίσκεται κρυμμένη . Δεν υπάρχουν εξωτερικά κλινικά σημάδια και συμπτώματα της νόσου και μόνο η ορολογική αντίδραση και το σεξουαλικό ιστορικό είναι η μόνη διάγνωση.⁶

Μερικοί επιστήμονες χωρίζουν την λανθάνουσα σύφιλη σε δυο περιόδους , την πρώιμη λανθάνουσα περίοδο και τη όψιμη λανθάνουσα περίοδο . Δεν υπάρχει πραγματική γραμμή οριοθέτησης μεταξύ των δυο περιόδων , μια που η πορεία της νόσου βασίζεται κυρίως στην φυσιολογία του μολυσμένου ατόμου , εντούτοις , κάποιος μπορεί με ασφάλεια να ορίσει την πρώιμη λανθάνουσα περίοδο , σαν την σύφιλη που διαρκεί μέχρι 4 χρόνια από την πρώτη προβολή και την όψιμη λανθάνουσα περίοδο , την σύφιλη που διαρκεί από 5 μέχρι και το υπόλοιπο της ζωής του ανθρώπου .⁶

Η αιτία που μερικοί επιστήμονες συνεχίζουν να διαιρούν την λανθάνουσα σύφιλη σε περιόδους είναι ότι υπάρχει η πιθανότητα το μολυσμένο άτομο να ξαναπαρουσιάσει δερματικές εκδηλώσεις της δευτερογενούς σύφιλης κατά την διάρκεια της πρώιμης λανθάνουσας περιόδου . Αυτό όμως δεν είναι απόλυτο , καθώς η μόλυνση εισέλθει

στην πραγματική λανθάνουσα περίοδο , απουσιάζουν τελείως τα εξωτερικά σημάδια και συμπτώματα μετά από δυο χρόνια μετά την μόλυνση .

Τριτογενής σύφιλη

Περίπου ένα στα τέσσερα άτομα που δεν έκαναν θεραπεία για την νόσο τελικά θα χάσουν την μάχη για την ισορρόπηση μεταξύ των σπειροχαιτών και της άμυνας του οργανισμού . Από την στιγμή που η μάχη κερδιστεί από τις σπειροχαιτές το θύμα εισέρχεται στην τριτογόνο σύφιλη εάν αυτό το στάδιο γίνει πραγματικότητα τότε φυσιολογικά χρειάζεται 10 με 20 χρόνια για να παρουσιασθούν τα εξωτερικά σημάδια .

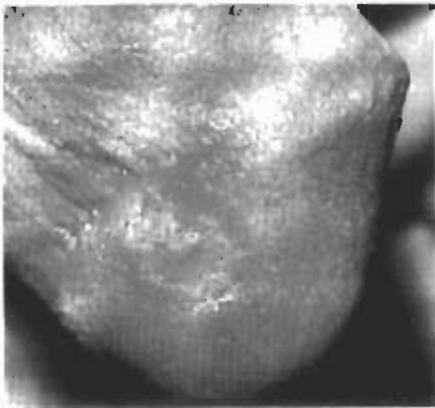
Από αυτή τη στιγμή η αδυσώπητος καταστροφή των ιστών, οστών και οργάνων είναι ανέκκλητος . Τριτογενής συφιλικές αλλοιώσεις είναι χρόνιες και καταστροφικές και εμφανίζονται σε μια ή σε δυο κατηγορίες .

1. Αυτή που εξελίσσεται βραδέως και προσβάλλει κάθε όργανο κυρίως το κεντρικό νευρικό σύστημα . Τα πιο συχνά αποτελέσματα της είναι η τύφλωση – παράλυση ή κώφωση ή παραφρόνυση και καρδιοπάθεια συμπεριλαμβανομένης πιθανής ρήξης σε κάποια από τις σημαντικότερες αρτηρίες (αορτικό ανεύρισμα) .

2. Γρήγορη ανάπτυξη μεγάλων όγκων οι οποίοι εισέρχονται και καταστρέφουν τους ιστούς γύρω από αυτούς. Το συφιλικό κοκκίωμα το οποίο μοιάζει με την λέπρα.⁶

Η πρωτοπαθής σύφιλη παρατηρείται κατά το πλείστον σε ερωτικά δραστήρια άτομα ηλικίας 15-30 ετών. Το 1/3 των νέων περιπτώσεων παρατηρείται κυρίως σε ομοφυλόφιλους άντρες. Από τα άτομα που έρχονται σε επαφή με ασθενή το 50% περίπου θα μολυνθεί.²

Η εργαστηριακή διάγνωση γίνεται με τη ανεύρεση της σπειροχαΐτης κατά την μικροσκόπηση του έλκους σε σκοτεινό δωμάτιο, θετικές ορολογικές αντιδράσεις, θετική δοκιμασία ακινητοποιήσεως του ωχρού τρεπονήματος, συγκόλληση και διόγκωση αντισωμάτων.¹⁰
14
Για την θεραπεία χορηγούνται μεγάλες δόσεις πενικιλίνης.



ΒΛΕΝΝΟΡΡΟΙΑ

Η βλεννόρροια είναι από τις πιο παλιές και τις πλέον διαδεδομένες νόσους από όλα τα αφροδίσια νοσήματα.⁶

Η ασθένεια σήμερα θεωρείται σχετικώς ασήμαντος και μπορεί εύκολα να θεραπευτεί αν και μερικά στελέχη του γονόκοκκου αναπτύσσουν ανθεκτικότητα στα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για θεραπεία.⁶

Θεραπεύεται με πενικιλίνη σε συνδυασμό με σύγχρονη ιατρική παρακολούθηση γιατί πολλές φορές το βακτήριο εξοικειώνεται τόσο πολύ με το φάρμακο ώστε από μια στιγμή και πέρα δε επηρεάζεται καθόλου. Σε αυτή τη περίπτωση χορηγείται σουλφαναμίδη ή τετρακυκλίνη.^{5,18}

Κυρίως, είναι ασθένεια των νέων και έχει υψηλή επίπτωση μεταξύ των ανδρών 20 με 24 ετών, με δεύτερη υψηλότερη επίπτωση μεταξύ των ηλικιών 15 με 19 ετών. Μετά την ηλικία των 25 η επίπτωση ελαττώνεται σταθερά.⁶

Ο μικροοργανισμός που προκαλεί την βλεννόρροια ή γονόρροια ή *Neisseria gonorrhoeae*, ή περισσότερο γνωστή σαν γονόκοκκος. Τυπικά το βακτηρίδιο του γονόκοκκου είναι διπλόκοκκος, νεφροει-

δής σχήματος κόκκου καφές με την κοίλη επιφάνεια στραμμένη προς τα έσω^{6,18}.

Ο γονόκκοκος πεθαίνει πολύ γρήγορα έξω από ανθρώπινο σώμα και είναι είναι πάρα πολύ ευαίσθητο στο νερό και στο σαπούνι. Όπως η σύφιλη το ίδιο και η βλεννόρροια κατηγορηματικά δε μεταδίδεται από το χέρι της πόρτας, από το κάθισμα της τουαλέτας, από το ποτήρι του νερού από τις πετσέτες κλπ. Η βλεννόρροια μεταδίδεται με την σεξουαλική επαφή⁶.

Τρόπος μετάδοσης

Ο γονόκκοκος μπορεί να διαπεράσει μόνο τις επιφάνειες εκείνες του σώματος που περιβάλλονται με ευπρόσβλητα κύτταρα κυλινδρικού επιθηλίου. Αυτά τα εξειδικευμένα κύτταρα βρίσκονται στην ουρήθρα στο τράχηλο στους βαρθιλινίους αδένες (των γυναικών) και στον προκτό. Όμοια τύπου κύτταρα βρίσκονται στην εσωτερική επιφάνεια του κόλπου των νεαρών γυναικών πριν την ήβη και στο κάτω μέρος των βλεφάρων. Επίσης μπορεί η βλεννόρροια να μεταδοθεί με μη σεξουαλικό τρόπο από την μητέρα στο παιδί της, την ώρα της γέννησης του ή αργότερα με πτωχή υγιεινή συμπεριφορά⁶.

Η βλεννόρροια μεταδίδεται αποκλειστικά με την σεξουαλική επα-

φή και την ομοφυλοφιλική πρακτική .

Εκδήλωση

Όταν ο γονόκοκκος έχει εισβάλλει στα γεννητικά όργανα τότε αρχίζει και η περίοδος επώασης του μικροοργανισμού . Αυτή η περίοδος γενικά απαιτεί 3-9 ημέρες όπου μετά από αυτό το χρονικό διάστημα εκδηλώνονται μερικά εξωτερικά σημάδια που είναι αναγνωρίσιμα .⁶

Επειδή αυτά τα σημάδια και τα συμπτώματα είναι διαφορετικά μεταξύ του άνδρα και της γυναίκας , καλό θα είναι να τα συζητήσουμε χωριστά .⁶

Άνδρας : όταν η περίοδος επώασης ολοκληρωθεί , η πρώτη εκδήλωση για τον άνδρα που έχει συμπτώματα (γιατί ένα ποσοστό ασθενών 5% δεν παρουσιάζουν συμπτώματα) είναι η επώδυνη φλεγμονή της ουρήθρας (οξεία ουρηθρίτιδα) . Η φλεγμονή κάνει την ούρηση υπερβολικά επώδυνη και επιπλέον ο ασθενής αισθάνεται τσούξιμο ή κάψιμο κατά την ούρηση (δυσουρία) πόνο στις επαφή ή στην στύση του πέους καθώς επίσης αρχίζει να εκκρίνει από το πέος παχύρρευστο πυώδης έκκριμα που αργότερα γίνεται λεπτό και αδαρές .⁶

Από την ουρήθρα η λοίμωξη μπορεί να επεκταθεί στους αδένες του

Comper ,σπερματοδόχο κύστη, σπερματικό πόρο και στη επιδιθυμίτιδα.

Ο γοννόκοκκος αποτελεί σημαντικό αίτιο επιδιθυμίτιδας στους νε-
ους άνδρες, αλλά σπάνια απομονώνεται από άτομα μεγαλύτερα των
35 ετών.

Εάν η λοίμωξη πάρει αυτές τις διαστάσεις υπάρχει μεγάλη πιθανό-
τητα το θύμα να μείνει στείρο . Μετά την θεραπεία και υποχώρηση
της λοίμωξης συχνά σχηματίζεται ουλώδης ιστός ο οποίος εμποδίζει
την διόδο του σπέρματος από το σώμα (του πέους). Εάν δεν γίνει
έγκαιρα θεραπεία για την βλεννόρροια και ο γοννόκοκκος εισέλθει
στην κυκλοφορία του αίματος , τότε προκαλεί αρθρίτιδα , καρδιοπάθ-
εια και πιθανόν ακόμη και θάνατο .

Γυναίκα . Μετά την λοίμωξη η γυναίκα αισθάνεται ελαφρό κάψιμο
στην περιοχή των γεννητικών οργάνων . Συνοδεύεται από πόνο στον
κόλπο και είναι ασύνηθες η ύπαρξη πυώδους εκκρίματος από το κό-
λπο . Αυτές τις πρώτες εκδηλώσεις στην γυναίκα είναι συχνά τόσο
ελαφρές που περνούν απαρατήρητες ή προσβάλλονται σα τοπικά πρ-
οβλήματα της εμμηνορρυσία .

Το πλέον συχνό σημείο της πρώιμης γονοκοκκικής λοίμωξης της
γυναίκας είναι ο τράχηλος . Το γεγονός ότι το όργανο αυτό βρίσκε-

ται βαθιά στον κόλπο της γυναίκας είναι η ουσιώδης εξήγηση γιατί η λοίμωξη περνά τόσο συχνά απαρατήρητη .⁶

Εξέταση σε αυτό το στάδιο αφήνει να φανεί μια ελαφρά φλεγμονή στο κόλπο και στο τράχηλο .⁶

Μετά από μια ή περισσότερες περιόδους εάν δεν γίνει έγκαιρη θεραπεία της γυναίκας η μόλυνση αρχίζει να εξαπλώνεται και σε άλλα μέρη του αναπαραγωγικού συστήματος όπως στις σάλπιγγες και στις ωοθήκες . Στις σάλπιγγες προκαλεί μόνιμες βλάβες με επακόλουθο τη στειρώση σε μεγάλο βαθμό . Επίσης ο γονόκοκκος μπορεί να μολύνει τις ωοθήκες καθώς και όλο το χώρο της κοιλιάς(μήτρα και άλλα γεννητικά όργανα) . Στις περισσότερες περιπτώσεις το καταστρεπτικό έργο του γονόκοκκου συνεχίζουν άλλα μικρόβια με αποτέλεσμα την δημιουργία αποστημάτων και την γενίκευση των βλαβών . Οι εξωτερικές εκδηλώσεις είναι πόνος και πυρετός τα οποία είτε είναι σοβαρά είτε τόσο ελαφρά που φαίνεται σαν μια στομαχική διαταραχή , αυτό είναι που κάνει την γυναίκα να αδιαφορήσει για θεραπεία και η μόλυνση με την σειρά της προκαλεί τότε ολική στειρότητα και απόφραξη των σαλπίγγων .Επομένως δε υπάρχει παρόρμηση για αυτή να συμβουλευθεί τον γιατρό και παραμένει δεξάμενή της

νόσου κατά την διάρκεια της οξείας περιόδου και συνεχίζει να μολύνει το σεξουαλικό της σύντροφο .

Τα στάδια της εργαστηριακής διάγνωσης της γονοκοκκικής λοίμωξης περιλαμβάνουν το άμεσο παρασκεύασμα την καλλιέργεια την απομόνωση και την τυποποίηση .

ΦΘΕΙΡΙΑΣΗ ΤΟΥ ΕΦΗΒΑΙΟΥ

Οι φθείρες ή ψείρες δεν προκαλεί κάποια νόσο με την συνήθη έννοια του όρου .Οι ψείρες είναι μικρά λευκόφαια έντομα και αναπτύσσονται στις ρίζες των τριχών του εφηβαίου όπου εγκαθιστούν τα αυγά τους . Οι ψείρες τρέφονται από ανθρώπινο αίμα και όπως ξέρουμε προκαλούν φαγούρα και ερεθισμό στο δέρμα του εφηβαίου . Αυτές συχνά παραμένουνε προσκολλημένες για μέρες με τα μέρη του στόματος τους μέσα στο εφηβαίο .Η θηλυκιά ψείρα προσκολλά τα αυγά της στις τρίχες του εφηβαίου τα οποία εκκολάπτονται έξη με οκτώ ημέρες . Η ψείρα μεταδίδεται κυρίως με την σεξουαλική επαφή . Επίσης , μπορεί αν μεταδοθεί με την σωματική επαφή από μολυσμένο άτομο ή από το κάθισμα της τουαλέτας , ρούχα , κουβέ-

ρτες κ.α. Η έλλειψη υγιεινής οδηγεί σε αιδιοκολπίτιδα .

Για την απομάκρυνση τους εφαρμόζεται φαρμακευτική αποτρίχωση και αντισηπτικές αλοιφές σε περίπτωση δερματίτιδας . Η θεραπεία πετυχαίνεται με τοπική καθαριότητα ή χρήση σκόνης εξαχλωροβενζολίου .^{5,14}

ΑΦΡΟΔΙΣΙΟ ΛΕΜΦΟΚΟΚΚΙΩΜΑ

Πρόκειται για νόσο που μεταδίδεται με την συνουσία (αφροδίσιο νόσημα) χαρακτηρίζεται από διαπυητική βουβωνική αδενίτιδα και είναι συνήθης στις τροπικές χώρες . Αίτιο είναι το C .Trachomatis ,⁸ ανοσότυποι L1-L3 .

Μετά από στάδιο επώσεων λίγων ημερών έως μερικών εβδομάδων εμφανίζεται μια μικρή βλατίδα ή φυσαλίδα στα εξωτερικά γεννητικά όργανα ή στον πρωκτό . Η μικρή αυτή βλάβη μπορεί να εξελιχθεί σε έλκος ή συνήθως , ιδιαίτερα στην γυναίκα , να περάσει να περάσει απαρατήρητη και να επουλωθεί σε λίγες ημέρες . Ακολουθεί η διόγκωση των σύστοιχων λεμφαδένων οι οποίοι είναι επώδυνοι . Οι αδένες παίρνουν ιώδη χρώση , διαπυήσκονται και αποβάλλε-

ται πύον από πολλούς πόρους.⁸

Στο στάδιο της λεμφαδενίτιδας συνήθως εμφανίζονται και άλλα συμπτώματα, όπως πυρετός, πονοκέφαλος, επιπεφυκίτιδα, εξάνθημα, ναυτία, εμετοί και αρθραλγία.⁸

Εάν δεν γίνει χημειοθεραπεία σε αυτό το στάδιο παρατηρείται ανάπτυξη συνδετικού ιστού, απόφραξη λεμφαγγείων και στένωση του ορθού. Η στένωση των λεμφαγγείων μπορεί να οδηγήσει σε ελεφαντίαση του πέους, του οσχέου ή του αιδοίου. Στην γυναίκα και στους ομοφυλόφιλους η χρόνια πρωκτίτιδα μπορεί να οδηγήσει σε στένωση του ορθού, απόφραξη του ορθοσιγμοειδούς και τον σχηματισμό συριγγίων.⁸

Η εργαστηριακή διάγνωση γίνεται με την εξέταση άμεσων παρασκευασμάτων από το πύον ή από υλικό βιοψίας. Σπανίως αναγνωρίζονται τα σωματίδια του μικροοργανισμού.⁸

Η απομόνωση του αιτιολογικού παράγοντα γίνεται σε εμβρυοφόρα αυγά όρνιθας, σε κυτταροκαλλιέργειες ή μετά από εμβολιασμό στον εγκέφαλο ποντικού.⁸

Η ορολογική διάγνωση γίνεται με την αντίδραση συνδέσεως του συμπληρώματος. Ο τίτλος των αντισωμάτων αυξάνει 2-4 εβδομάδες

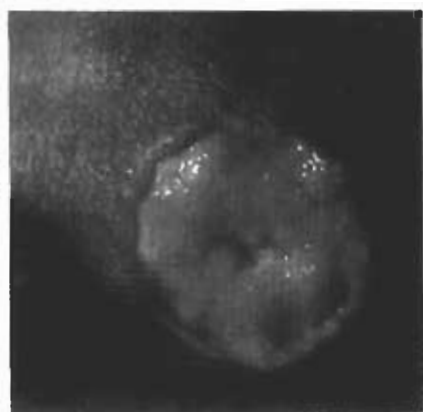
μετά τη έναρξη της νόσου . Αύξηση του τίτλου μεγαλύτερη από 1:64 είναι ενδεικτική της νόσου .⁸

Δερματοαντίδραση Fgei : Αδρανοποιημένο με θερμότητα εναιώρημα του μικροοργανισμού χορηγείται ενδοδερμικός . Η εμφάνιση φλεγμονώδους οζιδίου στο σημείο της ενέσεως μετά από 48-49 ώρες που έχει διάμετρο τουλάχιστον 6mm μεγαλύτερη από εκείνη του μάρτυρα συνιστά θετική δερματοαντίδραση . Το ερύθημα που συνοδεύει την αντίδραση δεν έχει διαγνωστική σημασία .⁸

Η αντίδραση δεν είναι ειδική για το αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα διότι το αδρανοποιημένο με τη θερμότητα εναιώρημα περιέχει το θερμοανθεκτικό αντιγόνο που είναι κοινό για όλα τα μέλη της ομάδας⁸

Η δοκιμασία Fgei παραμένει θετικά για πολύ μεγάλο χρονικό διάστημα μετά την ανάρρωση ίσως για όλη την ζωή του ατόμου . Η θετική δοκιμασία σημαίνει ότι έχει γίνει λοίμωξη αλλά δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να υποστηρίξει την κλινική διάγνωση της νόσου .⁸

Λοιμώξεις που δεν έχουν θεραπευτεί τείνουν να μεταπέσουν σε χρόνιες , ενώ ο μικροοργανισμός παραμένει για πολλά χρόνια .



Οι σουλφοναμίδες και οι τετρακυκλίνες χρησιμοποιούνται για την θεραπεία της νόσου, ιδιαίτερα στα αρχικά στάδια. Στα προχωρημένα στάδια ⁸ χρειάζεται χειρουργική επέμβαση.

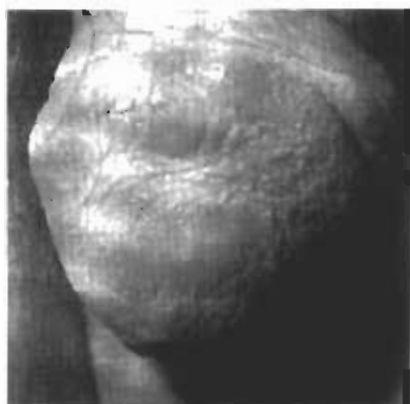
ΨΩΡΑ

Η ψώρα είναι μια πολύ σπάνια νόσος και όμως είναι πολυδιαδομένη κατά τη διάρκεια του πολέμου, πτώχειας και κοινωνικών αναταραχών. Είναι ενδημική στις υποανάπτυκτες χώρες και σε κάποιες κοινωνικές ομάδες πλουσίων χωρών. ⁶

Η ψώρα οφείλεται στο *Sarcoptes (Acarus) Scabice* και μεταδίδεται κύρια με την σεξουαλική επαφή. Το θηλυκό άκαρι τρυπώνει μέσα στη κεράτινη στοιβάδα του δέρματος του ατόμου και αναπαράγει τα αυγά της και δημιουργείται μια αφόρητη φαγούρα. ⁵

Η κύρια κλινική ενόχληση της νόσου είναι η νυκτερινή φαγούρα που πιθανότατα οφείλεται σε αλλεργική αντίδραση προς τα περιττώματα του ακάρεως. Οι τυπικές εκδηλώσεις περιλαμβάνουν κό-

κκινες οιδηματώδεις και συχνά αποφλοιωμένες βλατίδες και πλάκες με ασημόχρωμα λέπια που σκεπάζουν μια κόκκινη επιφάνεια με αιμορραγίες στο δέρμα μεταξύ των δακτύλων , στους αγκώνες , στους γλουτούς , στο πέος και στο όσχεον .⁶



Το παράσιτο μεταδίδεται με άμεση επαφή και σε περιορισμένο βαθμό από τα εσώρουχα ή μολυσμένα κλινοσκεπάσματα που πρόσφατα μολύνθηκαν από μολυσμένο άτομο .

Συχνά μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή.

Ο χρόνος επώασης είναι μερικές μέρες οι βδομάδες πριν αρχίσει ο κνησμός .Η περίοδος μεταδοτικότητας διαρκεί μέχρις ότου τα ακάρια και τα αυγά τους καταστραφούν τελείως .⁶

Τα μέτρα για τη αποφυγή μετάδοσης περιλαμβάνουν τη ενημέρωση του κόσμου και ιδιαίτερα του ερωτικού συντρόφου για την ανάγκη της ατομικής καθαριότητας , της απολύμανσης των εσωρούχων και των κλινοσκεπασμάτων . Επίσης απαιτείται η αποχή της ερωτικής ζωής . Απαγόρευση της εισόδου στο σχολείο των μολυσμένων παιδιών όπου τα ίδια και η οικογένεια τους έχουν λάβει την κατάλληλη θεραπεία .⁶

Η θεραπεία γίνεται με εξάλειψη της μολυσμένης περιοχής με

βενζοϊκό βενζόλιο ή εξαχλωριούχο γάμμα βενζένιο, τυροτριχίνη.⁵

ΜΗ ΓΟΝΟΚΟΚΚΙΚΗ Ή ΕΙΔΙΚΗ ΟΥΡΗΘΡΙΤΙΔΑ

Με τον όρο μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα χαρακτηρίζονται όλες οι περιπτώσεις ουρηθρίτιδας που οι ποίες δεν οφείλονται στη *Neisseria gonorrhoeae*. Η διάγνωση της νόσου περιορίζεται κυρίως στους άνδρες, ενώ ορισμένες περιπτώσεις του οξέος ουρηθρητικού συνδρόμου των γυναικών σχετίζονται τελικά με τη μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα.⁷

Ο όρος μη γονοκοκκική ή ειδική ουρηθρίτιδα εξακολουθεί να χρησιμοποιείται για δυο λόγους. Ο πρώτος έχει σχέση με το γεγονός ότι παραμένει ακόμα άγνωστος ο αιτιολογικός παράγοντας πολλών περιπτώσεων της νόσου, και ο δεύτερος σχετίζεται με τις τεχνικές δυσκολίες απομονώσεως των γνωστών μικροβιακών αιτίων της νόσου. Κατά συνέπεια στην καθημερινή πράξη η ουρηθρίτιδα χαρακτηρίζεται ως μη γονοκοκκική εφόσον αποκλειστεί η βλεννόρροια με βάση τον πλήρη εργαστηριακό έλεγχο δηλαδή την εξέταση του άμσου παρασκευάσματος και οπωσδήποτε καλλιέργεια του υλικού από την ουρήθρα.⁷

Το συνηθέστερο γνωστό αίτιο της μη γονοκοκκικής ουρηθρίτιδας είναι το ενδοκυττάριο βακτήριο *Chlamydia trachomatis*, ανοσότυποι D-K. Ο μικροοργανισμός απομονώνεται από το 50% των ανδρών οι οποίοι πάσχουν από μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα. Επίσης στο 20% των ανδρών με γονοκοκκική λοίμωξη συνυπάρχει λοίμωξη με το *C. trachomatis*. Το γεγονός αυτό επανεξηγεί την επανεμφάνιση συμπτωμάτων ουρηθρίτιδας 2-3 εβδομάδες μετά την θεραπεία της γονοκοκκική λοίμωξης με πενικιλίνη, αντιβιοτικά το οποία δε ασκεί δράση στα χλαμύδια.

Ο χρόνος επώασης κυμαίνεται από 2-3 εβδομάδες. Χαρακτηριστική εκδήλωση της νόσου είναι η παραγωγή μικρής ποσότητας λευκής, λεπτόρρευστης ουρηθρικής έκκρισης και ο ασθενής παραπονείται για αίσθημα δυσουρίας.

Γενικά συμπτώματα δεν παρατηρούνται και χωρίς θεραπεία οι τοπικές εκδηλώσεις υποχωρούν βαθμιαίως στο 30-70% των ατόμων σε διάστημα 1-3 μηνών.

Σε μικρό ποσοστό ασθενών ιδιαίτερα άτομα μέχρι 35 ετών εμφανίζεται επιδυμίτιδα.

Η εργαστηριακή διάγνωση του αιτιολογικού παράγοντα γίνεται με

καλλιέργεια του υγρού που λαμβάνεται από την ουρήθρα του άνδρα και από τον ενδοτράχηλο και την ουρήθρα της γυναίκας.⁷

ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ

Ηρόκειται για φλεγμονή του ήπατος η οποία μπορεί να προκληθεί από διάφορους τύπους ιών. Οι κύριοι τύποι ηπατίτιδας είναι η Α, η Β, η C και η D. Από αυτές η ηπατίτιδα Β και η C είναι και σεξουαλικά μεταδιδόμενες. Η ηπατίτιδα Β μεταδίδεται σεξουαλικά σε ποσοστό 30% ενώ η ηπατίτιδα C σε μικρότερο ποσοστό, ίσως λιγότερο από 10%.^{20,13,12}

Τα συμπτώματα που παρουσιάζονται είναι ατονία, καταβολή, αίσθημα αδυναμίας και σχετικά υψηλός πυρετός. Ωστόσο, έχει παρατηρηθεί ότι το 10% των πασχόντων από ηπατίτιδα Β και το 90% των πασχόντων από ηπατίτιδα C δεν παρουσιάζουν συμπτώματα. Ο ιός της ηπατίτιδας Β μπορεί να βρίσκεται στο αίμα, δρώντας σιωπηρά για 2-14 χρόνια, ενώ στην περίπτωση της ηπατίτιδας C το χρονικό αυτό διάστημα είναι 5-15 χρόνια. Δυστυχώς, μέσα σε αυτό το διάστημα ο ιός επιτίθεται με αργό αλλά αδιάκοπο ρυθμό στο ήπαρ.¹³

Τα συμπτώματα της ηπατίτιδας μοιάζουν με αυτά μιας κοινής ίωσης. Για αυτό και ο μόνος τρόπος για να γίνει η σωστή διάγνωση

είναι η εξέταση αίματος . Αν τα ηπατικά ένζυμα είναι αυξημένα , τότε υπάρχει υποψία μόλυνσης από ιό της ηπατίτιδας Β ή C και συν-^{20,13,12}ίσταται ειδικές εξετάσεις αίματος .

Για τη αντιμετώπιση της χορηγούνται φάρμακα όπως ενέσεις ιντεφερόνης . Επίσης , συνίσταται η αλλαγή των διατροφικών συνηθειών (αποφυγή των πλούσιων και λιπαρών γευμάτων , του αλκοόλ και των τσιγάρων) . Για την ηπατίτιδα Β γίνεται και προληπτικός εμβολιασ-²⁰μός από την νηπιακή ηλικία .

ΚΥΣΤΙΤΙΔΑ

Αρχικά να τονίσουμε ότι πρόκειται για λοίμωξη του ουροποιητικού συστήματος και όχι των γεννητικών οργάνων . Παρότι δεν ανήκει στα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα , μερικές φορές σχετίζεται με την σεξουαλική επαφή , επειδή συχνά κατά την διάρκεια της ευνοείται η μεταφορά εντερικών μικροβίων προς την γειτονική ουροδ-²⁰όχο κύστη διαμέσου της ουρήθρας .

Τα συμπτώματα που παρουσιάζονται είναι πόνος και αίσθημα καύσου κατά την ούρηση . Συχνές ουρήσεις κατά την διάρκεια της ημέρας (συχνουρία) , νυχτουρία , αιματουρία , επιτακτική ούρηση , ενδεχ-²⁰ομένως και ακράτεια .

Η εργαστηριακή διάγνωση που γίνεται είναι μια γενική εξέταση και μια καλλιέργεια ούρων.

Η θεραπεία περιλαμβάνει φαρμακευτική αγωγή (χάπια).

ΜΑΛΑΚΟ ΕΛΚΟΣ

Το μαλακό έλκος εμφανίζει παγκόσμια κατανομή. Σήμερα ο αριθμός των περιπτώσεων είναι της νόσου είναι περιορισμένος στις ανεπτυγμένες χώρες. Η νόσος είναι συνηθέστερη στους άνδρες και μόνο το 10% των περιπτώσεων αφορούν τις γυναίκες.

Πρόκειται για διαπυητική λοίμωξη που οφείλεται στον αιμόφιλο του Ducey και συνήθως εντοπίζεται στα γεννητικά όργανα αν και μπορεί να είναι και εξωγεννητική. Αρχίζει σαν μικρή βλατίδα που γρήγορα γίνεται φλύκταινα και μεγαλώνει σχηματίζοντας ένα κρατηροειδές έλκος με χείλη σκεπασμένα από κάτω. Η βάση του έλκους σκεπάζεται από γκρίζα εσχάρα και βγάζει πολύ πύον. Στην συνέχεια παρατηρείται εκτεταμένη νέκρωση και σχηματίζονται πολλαπλά έλκη. Οι βλάβες είναι πολύ επώδυνες. Στο 1/3 των περιπτώσεων παρατηρείται επώδυνη διόγκωση των επιχώριων λεμφαδένων που πολλές φορές διαπυούνται.

Η διάγνωση του μαλακού έλκους γίνεται με επισκόπηση και με τη

ανεύρεση των υπεύθυνων βακτηριδίων . Το εξίδρωμα υποβάλλεται σε



μικροσκόπηση σε σκοτεινό πεδίο ή γίνεται καλλιέργεια . Επίσης από τα κλινικά συμπτώματα όπως είναι κακουχία, κεφαλαλγία και ανορεξία . Η θεραπεία συνίσταται στην χορηγήση σουλφοναμιδών και αντιβιοτικών με

6.14

ευρύ φάσμα , όπως σουλφισοξαζόλης και ερυθρομικίνης .

ΒΟΥΒΩΝΙΚΟ ΚΟΚΚΙΩΜΑ

Το βουβωνικό κοκκίωμα είναι από τα ελάχιστα διαδεδομένα αφροδίσια νοσήματα . Αυτό παρατηρείται περισσότερο στο νότιο τμήμα των Η.Π.Α και εστιάζεται μεταξύ των ομάδων με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο . Η νόσος προκαλείται από το βακτηρίδιο *Calymma bacterium granufomatis* (*Donavania gramufomatis*) συχνότερα αναφέρεται σαν σωματίδιο του *domoran* .

Τρόπος Μετάδοσης

Το βουβωνικό κοκκίωμα γενικά θεωρείται ότι είναι αφροδίσιο νόσημα και μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή από μολυσμένο άτομο.

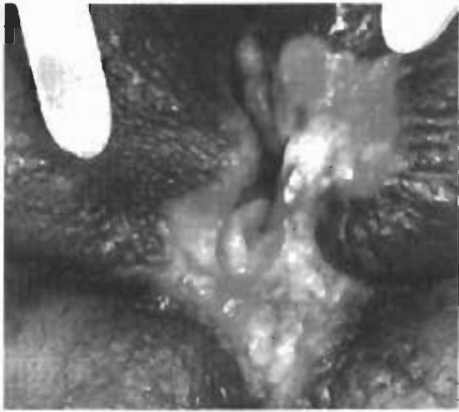
Η νόσος είναι ήπιου μεταδοτικότητας και φαίνεται να συγκεντρώνεται στην μαύρη φυλή.

Εμφανίζεται ότι υπάρχει φυλετική ανοσία την οποία αιτιολογεί το γεγονός ότι η επίπτωση της νόσου στους λευκούς είναι υπερβολικά σπάνια. Όταν ο λευκός μολυνθεί η επαφή είναι σχεδόν πάντοτε ανίχνευση σε μια σεξουαλική έκθεση με ένα μολυσμένο μαύρο. Μπορεί επίσης να αναφερθεί ότι διπλάσιος αριθμός ανδρών μολύνεται από την νόσο από ότι οι γυναίκες και η επίπτωση μεταξύ των ομοφυλόφιλων ανδρών είναι υψηλή.

Η περίοδος επώασης είναι άγνωστος, πιθανώς μεταξύ 8 μέχρι 80 ημέρες. Περίοδος μεταδοτικότητας άγνωστος πιθανόν κατά την διάρκεια των ανοικτών βλαβών του δέρματος ή των βλεννογόνων.

Η πρωτοπαθής βλάβη αρχίζει σε ένα διηθημένο οξίδιο, φλύκταινα ή βλατίδα έρποντας γίνεται ένα υπερυψωμένο έλκος. Καθώς η βλάβη εξελίσσεται αργά διαβρώνει το δέρμα συχνά είναι ανώδυνη και επεκτείνεται περιφερειακά με χαρακτηριστικά πεπλατυσμένα κυλινδρικά άκρα.

Εργαστηριακή διάγνωση γίνεται με την λήψη ιστού για την ανεύρεση ενδοθηλιακά του σωματιδίου του Donovan με την χρωστική Giemsa που το κάνει να μοιάζει στο μικροσκόπιο με μια κλειστεί παραμάννα.



Αιδοίου



Πέους

Η θεραπεία τους συνίσταται στη χορήγηση τετρακυκλίνης ¹⁴.

ΕΡΠΗΣ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ

Μια από τις πλέον διαδεδομένες, ενοχλητικές και επίμονες μολύνσεις των γεννητικών οργάνων, προκαλούνται από ιούς της ομάδας του απλού έρπητα. Ιοί του απλού έρπητα είναι εμφανώς ότι μεταφέρονται από τους περισσότερους ανθρώπους πάντοτε, και βρίσκονται συνήθως σε λανθάνουσα κατάσταση. Από το 70% μέχρι το 90% όλων των ενηλίκων μεταφέρουν αντισώματα του απλού έρπητα τύπου 1 και 20% κατά του τύπου 2, αλλά αυτά τα αντισώματα δεν εμποδίζουν τον ιό κατά διαστήματα να ενεργοποιείται. Εκτός των γεννητικών ελκών οι ιοί του έρπητα σχετίζονται με τα ψυχρά έλκη, φλύκταινες,

ηκε από την σεξουαλική επαφή (γενετήσια ή στοματική). Αυτά τα έλκη μπορεί να παρουσιασθούν στα χείλη του αιδοίου ή εντός του κόλπου της γυναίκας ή στο πέος ή εντός της αντρικής ουρήθρας .

Τα συμπτώματα του έρπητα παρουσιάζονται 6 ημέρες μετά από τη σεξουαλική επαφή με μολυσμένο άτομο . Επόμενες προσβολές προκαλούνται από την επαναδραστηριοποίηση του ιού , ο οποίος προφανώς παραμένει στις απολήξεις των νεύρων μεταξύ των προσβολών .

Ο μέσος άνθρωπος μπορεί να έχει 4-5 επανεμφάνισεις κατά το πρώτο έτος και 2-3 φορές τον χρόνο για τα επόμενα χρόνια . Η μόλυνση είναι μεταδοτική (όλα τα επανεμφανιζόμενα έλκη είναι επίσης μεταδοτικά) .

Ο έρπης των γεννητικών οργάνων συνήθως αρχίζει με κνησμό και ελαφρό εξάνθημα . Μετά ένα σύμπλεγμα από μικρές φυσαλίδες σχηματίζονται στο πέος , στα χείλια του αιδοίου , ή τα τοιχώματα του κόλπου . Αυτές σπανίως ανοίγουν και σχηματίζουν έλκη τα οποία είναι επικίνδυνα , κυρίως κατά την διάρκεια της σεξουαλικής συνουσίας . Σε μερικές περιπτώσεις ο πόνος μπορεί να εξαπλωθεί στα πόδια και σοβαρή διόγκωση μπορεί να κάνει δύσκολη την συνουσία . Στην πρώτη προσβολή , τα έλκη συνήθως εξαφανίζονται εντός δυο με τέ

βλάβες , και βλάβες στο ήπαρ και στον εγκέφαλο .⁶

Μόλυνση μπορεί να συμβεί κατά την παιδική ηλικία χωρίς να υπάρχουν σοβαρές επιπλοκές . Τα παιδιά συνήθως μολύνονται όταν έρθουν σε επαφή με μολυσμένο από τον ιό σίελο άλλων παιδιών ή με την επαφή τους με έκζεμα ή με βλάβες μολυσμένων παιδιών .⁶

Περίοδος μεταδοτικότητας

Ο ιός εκκρίνεται με το σίελο 7 εβδομάδες μετά την ανάρρωση από στοματίτιδα από την στιγμή που έχει αναφερθεί . Ο ιός μπορεί να απομονωθεί από το σάλιο ασυμπτωματικού ενήλικου .⁶

Περίπου 90% της αρχικής παιδικής μόλυνσης είναι ασυμπτωματική, μόνο 10% των παιδιών υποφέρουν από ήπιας μορφής νόσος με πυρετό και γενική κακουχία που κρατά λίγες μόνο μέρες . Παρακολουθώντας την αρχική μόλυνση , ο ιός του έρπητα συνήθως μεταφέρεται μέσα στο σώμα των κυττάρων σε λανθάνουσα κατάσταση , που περιοδικά επαναδραστηριοποιείται από διάφορα ερεθίσματα όπως πυρετός μηχανικός ερεθισμός και μερικά φαγητά .⁶

Τα έλκη του έρπητα των γεννητικών οργάνων μπορεί να είναι το αποτέλεσμα της επαναδραστηριοποίησης του έρπητα που βρίσκεται σε λανθάνουσα κατάσταση ή είναι νέο απόκτημα ιού που μεταδόθ-

ένζυμα, έλκη του κερατοειδούς χιτώνα του οφθαλμού μηνιγγίτιδα, εγκεφαλίτιδα και πιθανό καρκίνο της μήτρας και άλλους καρκίνους. Σήμερα έχουμε δύο τύπους έρπητα που έχουν προσδιοριστεί.

Ο τύπος 1 και 2. Ο μεν τύπος 1 προσβάλλει το άτομο στο άνω μέρος του σώματος του και ο τύπος 2 προσβάλλει το άτομο από την μέση και κάτω, αλλά υπάρχουν πολλές εξαιρέσεις σε αυτές τις γενικεύσεις.

Πολλοί άνθρωποι δέχονται την αρχική μόλυνση από τον τύπου 1 στην παιδική ηλικία. Μόλυνση από τον ιό τύπου 2 μπορεί να συμβεί πριν από την εφηβεία αλλά είναι σπάνια. Τα αντισώματα μεταφέρονται από τους περισσότερους ενήλικες και μεταδίδονται δια μέσου του πλακούντα στο έμβρυο κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης έτσι τα περισσότερα βρέφη προστατεύονται από τη νόσο κατά την διάρκεια των πρώτων μηνών μετά την γέννηση τους. Εάν η μητέρα απέκτησε την πρώτη της μόλυνση κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης οπωσδήποτε, και το παιδί γεννιέται πριν αποκτήσει επαρκή αριθμό μητρικών αντισωμάτων τότε μπορεί το νεογέννητο να παρουσιάσει σοβαρή μόλυνση συχνά μάλιστα με θανατηφόρα αποτελέσματα.

Ο ιός μπορεί να κατανεμηθεί ευρέως στους ιστούς του βρέφους προκαλώντας σοβαρές αλλοιώσεις στο δέρμα, σοβαρές νευρολογικές

σσερων εβδομάδων , επόμενες προσβολές συνήθως τακτοποιούνται σε μια με δυο εβδομάδες .⁶

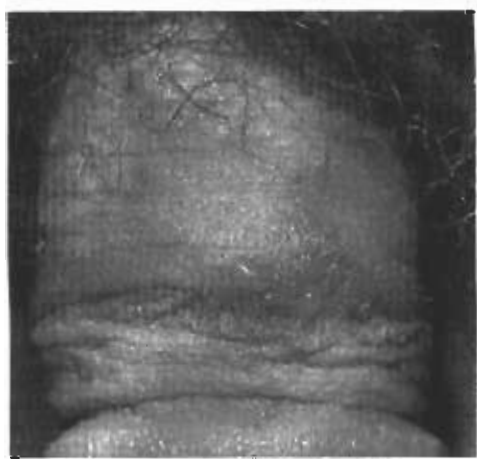
Μερικοί ερευνητές που ασχολούνται με το καρκίνο έχουν εισηγηθεί ότι ο καρκίνος του τραχήλου και της μήτρας είναι σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα , γιατί ο ιός του έρπητα (τύπου 2) συχνά βρίσκεται μέσα σε καρκινογόνα κύτταρα . Αλλά καμία σχέση μεταξύ αιτίας και αποτελέσματος έχει αποδειχθεί προκαταρκτικές μελέτες έδειξαν ότι γυναίκες που υπέφεραν από λοίμωξη έρπητα τύπου 2 έχουν 8 φορές περισσότερο κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο του τραχήλου από εκείνες που δεν είχαν ποτέ νοσήσει από τον ιό .⁶

Αντίθετα από την βλεννόρροια και σύφιλη , ο ιός του έρπητα δεν ελέγχεται με αντιβιοτικό .⁶

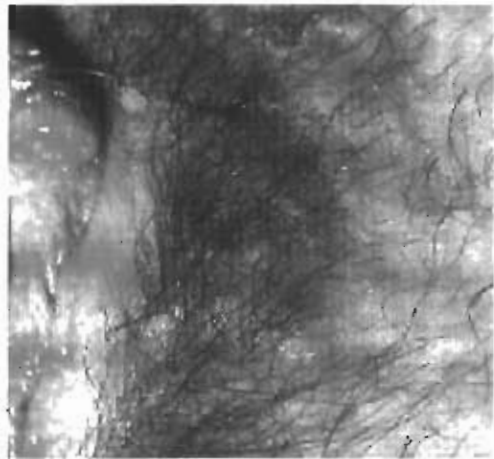
Η διαγνωστικές εξετάσεις περιλαμβάνουνε καλλιέργεια κυττάρων , τραχηλικό επίχρισμα όπου αν υπάρχει ερπητική λοίμωξη παρατηρούνται ποληπύρηννα γιγανοκύτταρα , ανοσοφθορισμός , επίχρισμα Tzanck όπου παίρνεται ξύσμα από την βάση φυσαλίδας κι αν υπάρχει λοίμωξη παρατηρούνται γιγαντοκύτταρα .

Η θεραπευτική αγωγή συνίσταται στην εφαρμογή αλοιφής acyclovir (zovirax) , που μειώνει τον πόνο και ελαττώνει τον χρόνο αποθερα-

πείας . Η αλοιφή παρεμβαίνει στη αναπαραγωγική διεργασία του ιού μειώνοντας τις υποτροπές .



Έρπης Πέους



Έρπης Αιδοίου

ΚΟΛΠΙΤΙΔΑ

Οι φλεγμονές του κόλπου είναι πολλοί συχνές στην νεαρές και ηλικιωμένες γυναίκες και σε εκείνες που η αντίστασή τους στη λοίμωξη είναι μειωμένη .Φυσιολογικά υπάρχει μια προστατευτική έκκριση που λιπαίνει τον κόλπο και εμποδίζει την ανάπτυξη των μικροβίων . Το κολπικό έκκριμα είναι όξινο ,η οξύτητα δημιουργείται από τη μετατροπή του κυτταρικού γλυκογόνου σε γαλακτικό οξύ από το βάκιλο Doderlein , που φυσιολογικά παρατηρείται στον κόλπο . Μεταβολή της οξύτητας ενθαρρύνει την ανάπτυξη μυκήτων και βακτηρι-

δίων .

Οι πιο συχνές κολπίτιδες που παρουσιάζονται είναι η μονιλιακή, η τριχομοναδική και η μη ειδική .

α) ΜΟΝΙΛΙΑΚΗ

Είναι η πιο κοινή κολπική μόλυνση στις γυναίκες και οφείλεται στο μύκητα *Candida Albicans* . Μεταδίδεται με την σεξουαλική επαφή και μπορεί να εμφανιστεί σε γυναίκες που παίρνουν αντιβιοτικά ή ανασταλτικά της ωορρηξίας ή περνούν το στάδιο της εγκυμοσύνης και πάσχουν από διαβήτη .

Συνήθως προκαλεί φαγούρα ή πόνο στο αιδοίο ή και στον κόλπο όπου πιθανόν να εκδηλωθεί λευκόρροια . Μερικές αισθάνονται πόνο κατά τη κατά την συνουσία και αίσθημα καύσου μετά την συνουσία , αν υπάρχει εξέλκωση κατά τον κνησμό .

Η μολυνίαση θεραπεύεται με χρήση αντιμυκητιακών κολπικών αλοφών ή υπόθετων (π.χ Nystatin , Miconazol) τοποθετούνται βαθιά στον κόλπο κάθε βράδυ και για 14 μέρες . Είναι καλό να αποφεύγονται οι σεξουαλικές σχέσεις κατά τη διάρκεια της θεραπείας .

β) ΤΡΙΧΟΜΟΝΑΔΙΚΗ

Η τριχομοναδική κολπίτιδα μεταδίδεται κυρίως με την σεξουαλική

επαφή, από βρεγμένο τρίφτη μπάνιου, μαγιώ, πετσέτες, κάθισμα τουαλέτας. Οφείλεται στο πρωτόζωο *Trichomonas Vaginalis*. Έχει χρόνο επώσεως 4-28 μέρες και έχει την ικανότητα της μετάδοσης όταν ο ξενιστής είναι ασυμπτωματικός. Παράγοντες όπως στρες, μείωση αντίστασης ή μεταβολής του Ph μπορεί να ευνοήσουν την λοίμωξη^{5,6,3}.

Τα συμπτώματα της είναι φαγούρα, συχνουρία και έκκριση κιτρινοπράσινου αφρώδες υγρού. Βαριά λοίμωξη μπορεί να προκαλέσει φλεγμονή του αιδοίου και πόνο κατά την ούρηση και τη συχνουρία. Κατά την εξέταση τα τοιχώματα του κόλπου εμφανίζονται φλεγμονώδη, με ερυθρές, σχήματος φράουλας, βλατίδες, που ενδέχεται να υπάρχουν και στον τράχηλο^{5,10,3}.

Αν παρουσιαστεί τριχομονάδωση είναι καλό η θεραπεία να γίνει και στα δυο μέλη του ζευγαριού γιατί ο άνδρας μπορεί να μεταφέρει το μικροοργανισμό χωρίς να παρουσιάσει κανένα σύμπτωμα ή να εμφανίσει έκκριση υγρού από την ουρήθρα. Το φάρμακο που χρησιμοποιείται είναι η μετρονιδαζόλη⁵.

γ) ΜΗ ΕΙΔΙΚΗ

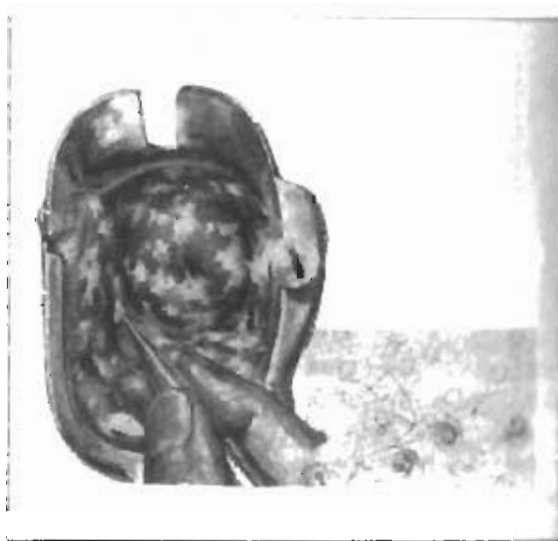
Η μη ειδική κολπίτιδα προκαλείται από το μικρόβιο *Haemophilus*

Vaginalis ή *Gardnerella vaginalis*. Μεταδίδεται κυρίως με την σεξουαλική επαφή, αν και μπορεί να μεταδοθεί από πετσέτες και κάθισμα τουαλέτας. Οι γυναίκες που παίρνουν ενδομήτρια αντισυλληπτικά έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης της κολπίτιδας από εκείνες που παίρνουν από το στόμα.

Τα τυπικά συμπτώματα είναι κνησμός, πόνο κατά την ούρηση και πόνο κατά την διάρκεια της συνουσίας. Η χαρακτηριστική, φαιώδους χρώματος έκκριση, είναι ομοιογενής, θολερή και κάκοσμη.

Η θεραπεία περιλαμβάνει κρέμα σουλφοναμίδης, αντιβιοτικών όπως αμπικιλίνη ή τετρακυκλίνη.

Η εργαστηριακή διάγνωση των παραπάνω ειδών κολπίτιδας περιλαμβάνει μικροσκοπική εξέταση υγρού επιχρίσματος (ούρων ή κολπικής έκκρισης), κυτταρολογική εξέταση και καλλιέργεια μικροβίου.



Μονιλική κολπίτιδα



Τριχομοναδική κολπίτιδα

ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΕΣ

Οι φλεγμονές του τραχήλου λέγονται τραχηλίτιδες και διακρίνονται σε οξείες και χρόνιες.¹⁴

α) Οξείες τραχηλίτιδες.

Αυτές οφείλονται σε επινέμηση από γονόκοκκο, σταφυλόκοκκο, στρεπτόκοκκο, τριχομονάδες, απλό έρπητα, χλαμύδια, μονίλια και αιμόφιλο του κόλπου. Συμβαίνουν συνήθως ύστερα από τοκετό ή απόξεση ή επέμβαση τραχήλου. Ο αιτιολογικός παράγοντας στις περιπτώσεις αυτές βρίσκει την ευκαιρία μέσα από τις ρήξεις των ιστών να προκαλέσει την φλεγμονή.¹⁴

Οι οξεία τραχηλίτιδα κάνει την εμφάνιση της με οίδημα και ερυθρότητα του τραχήλου και με άφθονη βλεννοπυώδη έκκριση από αυτόν. Τα συμπτώματα της είναι οσφυαλγία, αίσθημα βάρους στα γεννητικά όργανα, αιμορραγία κατά την συνουσία και πυρετός.¹⁴

Η θεραπεία της οξείας τραχηλίτιδας γίνεται ανάλογα με το αίτιο, που την προκάλεσε. Έτσι, χορηγούμε μετροδιναζόλη ή ορνιδαζόλη στην τριχομοναδική, νυστατίνη στη μονιλιακή, πενικιλίνη στη γονοκοκκική, δοξυκυκλίνη στη χλαμυδιακή κ.α.¹⁴

Όταν ο προσδιορισμός του φαρμάκου εκλογής δεν είναι εύκολος , τότε παίρνουμε έκκριμα του τραχήλου, για καλλιέργεια και αντιβιο-¹⁴γραμμα .

β) Χρόνιες τραχηλίτιδες .

Αυτές είναι αποτέλεσμα των οξείων και οφείλονται στα ίδια με αυτές αίτια . Εκδηλώνονται με εξέλκωση του τραχήλου και έκκριση βλεννοπυώδη ή βλεννοαιματηρή και προκαλούν οσφυαλγία , αίσθημα βάρους στα γεννητικά όργανα , δυσπαρευνία και κάποτε στείρωση από εμπόδιο στην άνοδο των σπερματοζωαρίων μέσα από τις φλε-¹⁴γμονώδεις εκκρίσεις . Η συχνότητα της ανέρχεται σε 35-80% .

Θεραπευτικά τις χρόνιες τραχηλίτιδες τις αντιμετωπίζουμε με την χορήγηση φαρμάκων ανάλογων των αιτίων ή με καυτηριάσεις ή με ηλεκτροκαυτηρίαση ή με κρυοπηξία κάτω από γενική αναισθησία . Σε αποτυχημένη θεραπεία καταφεύγουμε σε κωνοειδή εκτομή του τραχήλου ή σε ακρωτηριασμό του . Τελευταία χρησιμοποιούνται οι ¹⁴ακτίνες laser .

ΟΞΥΤΕΝΗ ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΑ

Είναι πολύ κοινή πάθηση, προκαλούνται από ιό του ανθρώπινου θηλώματος (ιός HPV) και θυμίζουν κρεατοελιές . Μεταδίδονται κυρίως με την σεξουαλική επαφή .Στους άνδρες οι βλάβες παρουσιάζονται κυρίως στο βάλανο , το σώμα του πέους , την ακροπίσθια , τον καλινό , το στόμιο της ουρήθρας , το όσχεο , ή τον πρωκτό . Στις γυναίκες τα συνηθέστερα σημεία εμφάνισης είναι η είσοδος του κόλπου και το αιδοίο , μπορεί όμως να εμφανισθούν στον κόλπο ή τον τράχηλο , μπορεί επίσης να εντοπισθούν στο περίνεο και στον πρωκτό . Έχουν χρώμα λευκό ή ρόδινο και είναι δυνατόν να πάρουν την όψη ανθοκράμβης . Συχνά βρίσκονται και μέσα στον κόλπο . Στην εγκυμοσύνη ^{6.14} μεγαλώνουν .



Τα κονδυλώματα εμφανίζονται ένα με τρεις μήνες μετά την επαφή με μολυσμένο άτομο. Στην αρχή τα κονδυλώματα μοιάζουν με μικρές εκβλαστήσεις του δέρματος . Όταν γίνουν μεγάλα αποκτούν μορφή κουνουπιού . Η ζέστη και η υγρασία φαίνεται ότι ευνοούν την αύξηση τους .

Η διάγνωση τους είναι εύκολη με την επισκόπηση τους. Αν η βλάβη είναι πολύ μεγάλη και εξελκωμένη γίνεται βιοψία για να αποκλειστεί το καρκίνωμα. Θεραπεύονται με ποδοφυλλίνη μια τοξική ουσία με την οποία γίνεται επάλειψη των βλαβών για τον λόγο αυτό δεν πρέπει να χρησιμοποιείται στην διάρκεια της εγκυμοσύνης. Τα κονδυλώματα μπορούνε να υποβληθούνε σε κρυοθεραπεία με άζωτο, ηλεκτροκαυτηρίαση, χειρουργική αφαίρεση και τελευταία ακτίνες λέιζερ.^{6,14}



Κονδυλώματο οιδούς

ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΙΚΤΗΤΗΣ ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΤΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ (AIDS)

Το σύνδρομο της επίκτητης ανοσοποιητικής ανεπάρκειας είναι σοβαρή ανωμαλία του ανοσοποιητικού συστήματος. Αυτή η ανωμαλία

του ανοσοποιητικού συστήματος κάνει το άτομο ευπαθές σε παθογόνους μικροοργανισμούς που σε φυσιολογικά άτομα δεν προκαλούν νόσο.

Πιστεύεται ότι η αρρώστια οφείλεται σε ρετροϊό ο οποίος προσβάλλει τα Τ₄-λεμφοκύτταρα του αίματος που ελέγχουν τους μηχανισμούς σχηματισμού των αντισωμάτων, με αποτέλεσμα το άτομο που προσβάλλεται από τον ιό αυτό να μην μπορεί να αμυνθεί εναντίον των λοιμώξεων και υποκύπτει σε αυτές. Ο ιός αναπαράγεται στα Τ₄-λεμφοκύτταρα με πολύ μεγάλη συχνότητα. Αυτό δίνει την εξήγηση γιατί το A.I.D.S εξαπλώνεται με τόσο γρήγορο ρυθμό.

Η νόσος μεταδίδεται με το αίμα, την σεξουαλική επαφή, τις εκκρίσεις και απεκκρίσεις του ανθρώπινου οργανισμού.

Άτομα υψηλού κινδύνου για τη νόσο είναι :

1. Άνδρες με έντονη ομοσεξουαλική και ετεροσεξουαλική ζωή και με μεγάλο αριθμό συντρόφων.
2. Τοξικομανείς που κάνουν χρήση ναρκωτικών ενδοφλέβια.
3. Άτομα με αιμοφιλία.
4. Άτομα που έχουν σεξουαλική επαφή με άτομα των πιο πάνω περιπτώσεων.
5. Άτομα που παρουσιάζουν πρόδρομα συμπτώματα της νόσου.

Η νόσο εκδηλώνεται με πρόδρομα συμπτώματα και με τα συμπτώματα της εμφάνισέως της .

Πρόδρομα συμπτώματα είναι :

1. Καταβολή δυνάμεων , γενική κακουχία .
2. Πυρετός διάρκειας εβδομάδων ή μηνών .
3. Απώλεια σωματικού βάρους
4. Οίδημα λεμφαδένων.
5. Κακοήθης νεοπλάσματα ¹¹

Για τη διάγνωση της αρρώστιας λαμβάνεται λεπτομερές ιστορικό του για νοσήματα ανοσοποιητικής καταστολής ή θεραπεία που προκαλεί ανοσοποιητική καταστολή . Γίνεται ανοσοβιολογικός έλεγχος κατά το οποίο διαπιστώνεται η ανοσοποιητική ανεπάρκεια , εξέταση του δέρματος για να διαπιστωθεί αν το κυτταρικό ανοσοποιητικό σύστημα λειτουργεί κανονικά , ορολογικές διαφοροποιήσεις ¹¹ .

Θεραπεία – Νοσηλευτική αντιμετώπιση

1. Πάλη κατά των μολύνσεων–λοιμώξεων –βιολογικών υποβαστάξεως

1.1 Εφαρμόζεται η θεραπεία που έχει περιγραφεί για τις διάφορες μολύνσεις .

1.2 Αν δε παρουσιάζει σημεία λοίμωξης παρακολουθείται για αυτά και αντιμετωπίζεται έγκαιρα και ανάλογα .

1.3 Γίνεται αιματολογικός έλεγχος και έλεγχος μυελού των οστών .

1.4 Παρακολουθείται ο άρρωστος για υποτροπή μετά τη διακοπή της θεραπείας .

1.5 Διερευνείται ο άρρωστος για συμπτώματα άλλου ιάσιμου νοσήματος και αντιμετωπίζεται ανάλογα .

1.6 Γίνεται προσπάθεια να επανέλθει το ανοσοβιολογικό σύστημα του σε ισορροπία με τη σχετική θεραπεία .¹¹

Μπορεί να δοκιμασθούν τα πιο κάτω θεραπευτικά σχήματα : α) ιντερφερόνη , β) ορμόνες thymic , γ) ο παράγων transfer , δ) ιντερλευκίνη ,¹¹
ε) αφαίρεση πλάσματος και μεταμόσχευση μυελού οστών .

1.7 Υποβοηθείται ο άρρωστος που κάνει θεραπεία για καρκίνο και non-Hodgkin's λέμφωμα . (ακτινοθεραπεία –χημειοθεραπεία) .¹¹

2. Προσφορά ψυχοκοινωνικής υποβάσταξης .

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΕΡΕΥΝΑ

ΜΕΘΟΔΟΣ & ΥΛΙΚΟ

Η μελέτη έγινε σε σπουδαστές των Τ.Ε.Ι των Πατρών από τις σχολές Σ.Ε.Υ.Π, Διοίκησης & Οικονομίας και Τεχνολογικών Εφαρμογών .

Το δείγμα αυτό περιλαμβάνει άτομα και των δυο φύλων ηλικίας 17-28 ετών από αστικές , ημιαστικές και αγροτικές περιοχές της Ελλάδας ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο και το επάγγελμα των γονέων .

Το επίπεδο γνώσεων του Οικογενειακού προγραμματισμού ,της αντισύλληψης και των αφροδισίων νοσημάτων διερευνήθηκε με ερωτηματολόγιο που περιείχε 18 ερωτήσεις .Η συλλογή του υλικού έγινε εντός 6 μηνών .

Πίνακας 1: Κατανομή του δείγματος με βάση το φύλο των ερωτηθέντων.

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Άρρεν	376	37,6	37,6
Θήλυ	624	62,4	100,0
Σύνολο	1.000	100,0	

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων είναι κορίτσια.

Πίνακας 2: Κατανομή του δείγματος με βάση τις ηλικίες των ερωτηθέντων

Ηλικία	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
17	3	0,3	0,3
18	195	19,5	19,8
19	175	17,5	37,3
20	188	18,8	56,1
21	129	12,9	69,0
22	73	7,3	76,3
23	127	12,7	89,0
24	69	6,9	95,9
25	26	2,6	98,5
26	9	0,9	99,4
27	5	0,5	99,9
28	1	0,1	100,0
Σύνολο	1.000	100,0	

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων είναι κάτω των 22 ετών.

Πίνακας 3: Κατανομή του δείγματος σε ηλικιακές ομάδες.

Ομάδα	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
έως 20 ετών	561	56,1	56,1
20 έως 23 ετών	329	32,9	89,0
άνω των 24 ετών	110	11,0	100,0
Σύνολο	1.000	100,0	

Πίνακας 4: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την σχολή που φοιτούν.

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
ΣΕΥΠ	498	49,8	49,8
Τεχν Εφαρμογών	215	21,5	71,3
Διοίκησης-Οικονομίας	287	28,7	100,0
Σύνολο	1.000	100,0	

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων φοιτά στην ΣΕΥΠ και ακολουθούν οι φοιτητές της Σχολής Διοίκησης-Οικονομίας.

Πίνακας 5: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον τόπο γέννησης.

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Χωριό	174	17,4	17,4
Κωμόπολη	139	13,9	31,3
Πόλη	687	68,7	100,0
Σύνολο	1.000	100,0	

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων κατάγονται από πόλεις.

Πίνακας 6: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον τόπο κατοικίας των τελευταίων 5 ετών.

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Χωριό	133	13,3	13,3
Κωμόπολη	95	9,5	22,8
Πόλη	772	77,2	100,0
Σύνολο	1.000	100,0	

Το ποσοστό όσων κατοικούν στην πόλη έχει αυξηθεί κατά 10% περίπου το οποίο προέρχεται από μείωση των ποσοστών του χωριού και της κωμόπολης.

Πίνακας 7: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις γραμματικές γνώσεις του πατέρα των ερωτηθέντων.

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Αναλφάβητος-η	31	3,1	3,1
Δημοτικό	206	20,6	23,7
Γυμνάσιο	144	14,4	38,1
Λύκειο	322	32,2	70,3
ΑΕΙ	206	20,6	90,9
ΤΕΙ	91	9,1	100,0
Σύνολο	1.000	100,0	

Η πλειοψηφία έχει τελειώσει λύκειο, ενώ ένας στους 5 είναι απόφοιτος δημοτικού και μόνο ένα 3% εμφανίζεται ως αναλφάβητο.

Πίνακας 8: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις γραμματικές γνώσεις της μητέρας των ερωτηθέντων.

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Αναλφάβητος-η	39	3,9	3,9
Δημοτικό	219	21,9	25,8
Γυμνάσιο	144	14,4	40,2
Λύκειο	325	32,5	72,7
ΑΕΙ	178	17,8	90,5
ΤΕΙ	95	9,5	100,0
Σύνολο	1.000	100,0	

Τα ποσοστά αυτά δεν διαφέρουν σε σχέση με τα ποσοστά του προηγούμενου πίνακα.

Πίνακας 9: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την κύρια ασχολία του πατέρα των ερωτηθέντων.

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Χωρίς απάντηση	11	1,1	1,1
Δημ Υπάλληλος	260	26,0	27,1
Ιδ Υπάλληλος	99	9,9	37,0
Ελευ. επαγγελματίας	341	34,1	71,1
Επιχειρηματίας	234	23,4	94,5
Συνταξιούχος	54	5,4	99,9
Οικιακά – Άνεργος	1	0,1	100,0
Σύνολο	1.000	100,0	

Η πλειοψηφία φαίνεται να είναι ελεύθεροι επαγγελματίες, ενώ σχεδόν ένας στους πέντε ερωτηθέντες δήλωσε τον πατέρα του σαν επιχειρηματία.

Πίνακας 10: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το επάγγελμα της μητέρας τους.

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Χωρίς απάντηση	6	0,6	0,6
Δημ Υπάλληλος	195	19,5	20,1
Ιδ Υπάλληλος	140	14,0	34,1
Ελευ. επαγγελματίας	115	11,5	45,6
Επιχειρηματίας	144	14,4	60,0
Συνταξιούχος	42	4,2	64,2
Οικιακά - Άνεργος	358	35,8	100,0
Σύνολο	1.000	100,0	

Μία στις τρεις μητέρες ασχολείται με τα οικιακά.

Πίνακας 11: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικία έναρξης σεξουαλικών σχέσεων.

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Δεν έχουν σεξ. σχέσεις	143	14,3	14,3
10	1	0,1	14,4
14	1	0,1	14,5
15	47	4,7	19,2
16	119	11,9	31,1
17	214	21,4	52,5
18	251	25,1	77,6
19	139	13,9	91,5
20	61	6,1	97,6
21	12	1,2	98,8
22	6	0,6	99,4
23	6	0,6	100,0
Σύνολο	1.000	100,0	

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων δηλώνει έναρξη σεξουαλικών σχέσεων ανάμεσα στα 15 και 20 έτη. Το 63% έχει ήδη σχέσεις από τα 18 έτη.

Πίνακας 12: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την χρήση της διακοπτόμενης συνουσίας σαν μέθοδο αντισύλληψης.

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Όχι	773	77,3	77,3
Ναι	227	22,7	100,0
Σύνολο	1.000	100,0	

Η μέθοδος ακολουθείται από το 22,7% του δείγματος (όσων έχουν σεξ σχέσεις).

Πίνακας 13: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την χρήση προφυλακτικού σαν μέθοδο αντισύλληψης.

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Όχι	327	32,7	32,7
Ναι	673	67,3	100,0
Σύνολο	1.000	100,0	

Η μέθοδος ακολουθείται από το 67,3% του δείγματος των σεξουαλικά ενεργών.

Πίνακας 14: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την χρήση των χαπιών σαν μέθοδο αντισύλληψης.

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Όχι	932	93,2	93,2
Ναι	68	6,8	100,0
Σύνολο	1.000	100,0	

Την μέθοδο ακολουθεί το 6,8% του δείγματος.

Πίνακας 15: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την χρήση του ενδομητρίου σπειράματος σαν μέθοδο αντισύλληψης.

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Όχι	996	99,6	99,6
Ναι	4	0,4	100,0
Σύνολο	1.000	100,0	

Η μέθοδος ακολουθείται από το 0,4% του δείγματος.

Πίνακας 16: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την χρήση διαφράγματος σαν μέθοδο αντισύλληψης.

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Όχι	993	99,3	99,3
Ναι	7	0,7	100,0
Σύνολο	1.000	100,0	

Η μέθοδος ακολουθείται από το 0,7% του δείγματος.

Πίνακας 17: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την χρήση κολπικών αλοιφών σαν μέθοδο αντισύλληψης.

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Όχι	1.000	100,0	100,0

Η μέθοδος δεν ακολουθείται.

Πίνακας 18: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την χρήση της μεθόδου του ρυθμού σαν μέθοδο αντισύλληψης.

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Όχι	972	97,2	97,2
Ναι	28	2,8	100,0
Σύνολο	1.000	100,0	

Η μέθοδος ακολουθείται από το 2,8% του δείγματος.

Πίνακας 19: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την μη χρήση μεθόδου αντισύλληψης.

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Όχι	858	85,8	85,8
Ναι	142	14,2	100,0
Σύνολο	1.000	100,0	

Πίνακας 20: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον τρόπο επιλογής της μεθόδου αντισύλληψης.

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)
Τυχαία	133	13,3
Επιθυμία συντρόφου	102	10,2
Πληροφορίες	428	42,8
Εναλλακτική λύση	42	4,2
Γυναικολόγος	112	11,2
Άλλοι λόγοι	285	28,5

Το μεγαλύτερο ποσοστό φαίνεται να διαμορφώνει άποψη για την επιλογή τρόπου αντισύλληψης με την συλλογή πληροφοριών.

Πίνακας 21: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν πιστεύουν ότι η χρήση προφυλακτικών προστατεύει από την μετάδοση αφροδίσια νοσημάτων.

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Χωρίς απάντηση	94	9,4	9,4
Ναι	609	60,9	70,3
Όχι	297	29,7	100,0
Σύνολο	1.000	100,0	

Ο ένας στους τρεις δεν πιστεύει ότι η χρήση προφυλακτικού προφυλάσσει από αφροδίσια νοσήματα.

Πίνακας 22: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το ποιος τους βοήθησε στις γνώσεις τους σχετικά με τον τρόπο επιλογής της μεθόδου αντισύλληψης.

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)
Ιατρός	173	17,3
Μαία	16	1,6
Νοσηλεύτρια	66	6,6
Κοινωνική λειτουργός	18	1,8
Άλλο πρόσωπο	92	9,2
Ειδικό κέντρο	16	1,6
MME	369	36,9
Οικογένεια	291	29,1
Φίλοι	41	4,1

Το μεγαλύτερο ποσοστό δηλώνει ότι τα ΜΜΕ τους βοήθησαν στην επιλογή τρόπου αντισύλληψης.

Πίνακας 23: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την άποψη τους για την εφαρμογή μαθήματος οικογενειακού προγραμματισμού στα σχολεία.

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Χωρίς απάντηση	2	0,2	0,2
Ναι	947	94,7	94,9
Όχι	21	2,1	97,0
Δεν γνωρίζω	30	3,0	100,0
Σύνολο	1.000	100,0	

Η πλειοψηφία θεωρεί απαραίτητη την εφαρμογή μαθήματος οικογενειακού προγραμματισμού στα σχολεία.

Πίνακας 24: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την άποψη τους για την σχολική ηλικία που πρέπει να αρχίσουν τα μαθήματα οικογενειακού προγραμματισμού.

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Νηπιακή	32	3,2	3,2
Δημοτικό	277	27,7	30,9
Γυμνάσιο	618	61,8	92,7
Λύκειο	73	7,3	100,0
Σύνολο	1.000	100,0	

Η πλειοψηφία θεωρεί κατάλληλη την εφαρμογή μαθημάτων οικογενειακού προγραμματισμού στο γυμνάσιο.

Πίνακας 25: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την άποψη τους για το ποια μέθοδος προστατεύει από τα αφροδίσια νοσήματα.

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Χωρίς απάντηση	3	0,3	0,3
Προφυλακτικό	926	92,6	92,9
Αντισυλληπτικά χάπια	16	1,6	94,5
Διάφραγμα	5	0,5	95,0
Κανένα	50	5,0	100,0
Σύνολο	1.000	100,0	

Στην ερώτηση αυτή μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος υποδεικνύει το προφυλακτικό σαν την καλύτερη μέθοδο προστασίας από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

Πίνακας 26: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τα αφροδίσια νοσήματα που πιθανώς έχουν κολλήσει.

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)
Σύφιλη	12	1,2
Βλεννόροια	4	0,4
Έρπης	11	1,1
Μυκητίαση	63	6,3
Κονδυλώματα	20	2,0
Ψωρίαση	0	0
Ψείρες εφηβαίου	2	0,2
AIDS	1	0,1
Άλλο	108	10,8
Κανένα	793	79,3

Συχνότερο νόσημα φαίνεται να είναι οι μυκητιάσεις σε ποσοστό 6,3% με τα κονδυλώματα να ακολουθούν με 2%. Η κατηγορία «άλλο» είναι αδιευκρίνιστη.

Πίνακας 27: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την άποψή τους για το ποια ηπατίτιδα είναι σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα.

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)
Ηπατίτιδα Α	110	11,0
Ηπατίτιδα Β	694	69,4
Ηπατίτιδα C	521	52,1
Ηπατίτιδα Ε	82	8,2

Η πλειοψηφία υποδεικνύει την ηπατίτιδα Β σαν σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα.

Πίνακας 29: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον τόπο γέννησης και την ηλικία της 1^{ης} επαφής.

		Τόπος Γέννησης						Σύνολο	
		Χωριό		Κωμόπολη		Πόλη		Απαντήσεις	%
		Απαντήσεις	%	Απαντήσεις	%	Απαντήσεις	%		
Ηλικία 1ης επαφής	Χωρίς επαφή	33	19,0%	15	10,8%	95	13,8%	143	14,3%
	μέχρι 15 ετών	12	6,9%	3	2,2%	34	4,9%	49	4,9%
	16 - 19 ετών	113	64,9%	114	82,0%	496	72,2%	723	72,3%
	20 ετών και άνω	16	9,2%	7	5,0%	62	9,0%	85	8,5%
Σύνολο		174	100,0%	139	100,0%	687	100,0%	1000	100,0%

Ο τόπος γέννησης φαίνεται να διαφοροποιεί τις απαντήσεις (στατιστικά σημαντικά) όσων δεν έχουν επαφή μιας και για την ηλικία 1^{ης} επαφής μιας τα ποσοστά είναι ανάλογα.

$$\chi^2 : 12,905$$

$$\beta\epsilon : 6$$

$$p : 0,045$$

Πίνακας 30: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το φύλο και την ηλικία 1^{ης} επαφής

		Φύλο				Σύνολο	
		Άρρεν		Θήλυ		Απαντήσεις	%
		Απαντήσεις	%	Απαντήσεις	%		
Ηλικία 1ης επαφής	Χωρίς επαφή	28	7,4%	115	18,4%	143	14,3%
	μέχρι 15 ετών	39	10,4%	10	1,6%	49	4,9%
	16 - 19 ετών	283	75,3%	440	70,5%	723	72,3%
	20 ετών και άνω	26	6,9%	59	9,5%	85	8,5%
Σύνολο		376	100,0%	624	100,0%	1000	100,0%

Φαίνεται πως τα αγόρια έχουν μικρότερες ηλικίες έναρξης σεξουαλικών σχέσεων σε σχέση με τα κορίτσια. Το συμπέρασμα είναι στατιστικά σημαντικό

$$\chi^2 : 59,131$$

$$\beta\epsilon : 3$$

$$p : 0,000$$

Πίνακας 31 : Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το φύλο και την άποψή τους για μείωση της ικανοποίησης με την χρήση προφυλακτικών.

		Φύλο				Σύνολο	
		Άρρεν		Θήλυ		Απαντήσεις	%
		Απαντήσεις	%	Απαντήσεις	%		
Μείωση ικανοποίησης με τα προφυλακτικά	Χωρίς απάντηση	16	4,3%	78	12,5%	94	9,4%
	Ναι	273	72,6%	336	53,8%	609	60,9%
	Όχι	87	23,1%	210	33,7%	297	29,7%
Σύνολο		376	100,0%	624	100,0%	1000	100,0%

Σε γενικές γραμμές τα αγόρια θεωρούν ότι το προφυλακτικό μειώνει την ικανοποίηση στην σεξουαλική σχέση.

$$\chi^2 : 39,261$$

$$\text{βε: } 2$$

$$p: 0,000$$

Πίνακας 32: Απαντήσεις ανά φύλο σχετικά την εφαρμογή διακοπτόμενης συνουσίας.

		Φύλο				Σύνολο	
		Άρρεν		Θήλυ		Απαντήσεις	%
		Απαντήσεις	%	Απαντήσεις	%		
Διακοπτόμενη συνουσία	Όχι	299	79,5%	474	76,0%	773	77,3%
	Ναι	77	20,5%	150	24,0%	227	22,7%
Σύνολο		376	100,0%	624	100,0%	1000	100,0%

Η χρήση διακοπτόμενης συνουσίας είναι πιο συχνή στα κορίτσια αν και τα ποσοστά διαφέρουν οριακά.

Πίνακας 33: Απαντήσεις ανά φύλο σχετικά με την χρήση προφυλακτικών

		Φύλο				Σύνολο	
		Άρρεν		Θήλυ		Απαντήσεις	%
		Απαντήσεις	%	Απαντήσεις	%		
Προφυλακτικά	Όχι	79	21,0%	248	39,7%	327	32,7%
	Ναι	297	79,0%	376	60,3%	673	67,3%
Σύνολο		376	100,0%	624	100,0%	1000	100,0%

Η χρήση προφυλακτικών είναι πιο συχνή στα αγόρια από ότι στα κορίτσια με μια διαφορά σχεδόν 20%.

Πίνακας 34: Απαντήσεις ανά φύλο σχετικά με την εφαρμογή της μεθόδου του ρυθμού

		Φύλο				Σύνολο	
		Άρρεν		Θήλυ		Απαντήσεις	%
		Απαντήσεις	%	Απαντήσεις	%		
Μέθοδος ρυθμού	Όχι	373	99,2%	599	96,0%	972	97,2%
	Ναι	3	,8%	25	4,0%	28	2,8%
Σύνολο		376	100,0%	624	100,0%	1000	100,0%

Η μέθοδος γενικά φαίνεται να μην προτιμάται ιδιαίτερα ούτε από τα αγόρια ούτε από τα κορίτσια.

Πίνακας 35: Απαντήσεις ανά φύλο σχετικά με την μη χρήση μεθόδου αντισύλληψης

		Φύλο				Σύνολο	
		Άρρεν		Θήλυ		Απαντήσεις	%
		Απαντήσεις	%	Απαντήσεις	%		
Καμία μέθοδος	Όχι	337	89,6%	521	83,5%	858	85,8%
	Ναι	39	10,4%	103	16,5%	142	14,2%
Σύνολο		376	100,0%	624	100,0%	1000	100,0%

Ένα 10% των αγοριών και ένα 16,5% των κοριτσιών δεν εφαρμόζουν καμία μέθοδο αντισύλληψης στις σεξουαλικές τους σχέσεις.

Πίνακας 36: Απαντήσεις ανά φύλο σχετικά με την τυχαία επιλογή μεθόδου αντισύλληψης

		Φύλο				Σύνολο	
		Άρρεν		Θήλυ		Απαντήσεις	%
		Απαντήσεις	%	Απαντήσεις	%		
Τυχαία	Όχι	317	84,3%	550	88,1%	867	86,7%
	Ναι	59	15,7%	74	11,9%	133	13,3%
Σύνολο		376	100,0%	624	100,0%	1000	100,0%

Η συντριπτική πλειοψηφία τόσο των αγοριών όσο και των κοριτσιών δεν αφήνει στην τύχη την επιλογή μεθόδου αντισύλληψης.

Πίνακας 37: Απαντήσεις ανά φύλο σχετικά με την επιλογή μεθόδου κατόπιν επιθυμίας του συντρόφου.

		Φύλο				Σύνολο	
		Άρρεν		Θήλυ		Απαντήσεις	%
		Απαντήσεις	%	Απαντήσεις	%		
Επιθυμία συντρόφου	Όχι	335	89,1%	563	90,2%	898	89,8%
	Ναι	41	10,9%	61	9,8%	102	10,2%
Σύνολο		376	100,0%	624	100,0%	1000	100,0%

Σχεδόν το 10% από κάθε φύλο επιλέγει μέθοδο αντισύλληψης με βάση την επιθυμία του/της συντρόφου.

Πίνακας 38: Απαντήσεις ανά φύλο σχετικά με την επιλογή μεθόδου αντισύλληψης από πληροφορίες.

		Φύλο				Σύνολο	
		Άρρεν		Θήλυ		Απαντήσεις	%
		Απαντήσεις	%	Απαντήσεις	%		
Σχετικές πληροφορίες	Όχι	187	49,7%	385	61,7%	572	57,2%
	Ναι	189	50,3%	239	38,3%	428	42,8%
Σύνολο		376	100,0%	624	100,0%	1000	100,0%

Μεγάλο ποσοστό επιλέγει μέθοδο αντισύλληψης με βάση διάφορες πληροφορίες που συλλέγει.

Πίνακας 39: Απαντήσεις ανά φύλο σχετικά με την επιλογή μεθόδου σαν εναλλακτική.

		Φύλο				Σύνολο	
		Άρρεν		Θήλυ		Απαντήσεις	%
		Απαντήσεις	%	Απαντήσεις	%		
Δεν ήταν ευχαριστημένοι από άλλη μέθοδο	Όχι	362	96,3%	596	95,5%	958	95,8%
	Ναι	14	3,7%	28	4,5%	42	4,2%
Σύνολο		376	100,0%	624	100,0%	1000	100,0%

Ένα πολύ μικρό ποσοστό διάλεξε την συγκεκριμένη μέθοδο σαν εναλλακτική κάποιας άλλης.

Πίνακας 40: Απαντήσεις ανά φύλο σχετικά με την επιλογή μεθόδου αντισύλληψης κατόπιν σύστασης γυναικολόγου.

		Φύλο				Σύνολο	
		Άρρεν		Θήλυ		Απαντήσεις	%
		Απαντήσεις	%	Απαντήσεις	%		
Σύσταση γυναικολόγου	Όχι	365	97,1%	523	83,8%	888	88,8%
	Ναι	11	2,9%	101	16,2%	112	11,2%
Σύνολο		376	100,0%	624	100,0%	1000	100,0%

Ένα 20% των κοριτσιών δηλώνουν ότι συμβουλευτήκαν γυναικολόγο προκειμένου να επιλέξουν μέθοδο αντισύλληψης.

Πίνακας 41: Απαντήσεις ανά φύλο σχετικά με την πληροφόρηση από Ιατρό

		Φύλο				Σύνολο	
		Άρρεν		Θήλυ		Απαντήσεις	%
		Απαντήσεις	%	Απαντήσεις	%		
Ιατρός	Όχι	347	92,3%	480	76,9%	827	82,7%
	Ναι	29	7,7%	144	23,1%	173	17,3%
Σύνολο		376	100,0%	624	100,0%	1000	100,0%

Μεγαλύτερο ποσοστό κοριτσιών από ότι αγόρια δηλώνει ότι πληροφορήθηκε σχετικά με την αντισύλληψη από ιατρό.

Πίνακας 42: Απαντήσεις ανά φύλο σχετικά με την πληροφόρηση σε θέματα αντισύλληψης από ΜΜΕ

		Φύλο				Σύνολο	
		Άρρεν		Θήλυ		Απαντήσεις	%
		Απαντήσεις	%	Απαντήσεις	%		
Μέσα Μαζικής Ενημέρ. Σύνολο	Όχι	211	56,1%	420	67,3%	631	63,1%
	Ναι	165	43,9%	204	32,7%	369	36,9%
Σύνολο		376	100,0%	624	100,0%	1000	100,0%

Μεγάλο ποσοστό αγοριών και κοριτσιών δηλώνει ότι πληροφορείται σχετικά με την αντισύλληψη από τα ΜΜΕ.

Πίνακας 43: Απαντήσεις ανά φύλο σχετικά με την πληροφόρηση από την οικογένεια

		Φύλο				Σύνολο	
		Άρρεν		Θήλυ		Απαντήσεις	%
		Απαντήσεις	%	Απαντήσεις	%		
Οικογέν.	Όχι	277	73,7%	432	69,2%	709	70,9%
	Ναι	99	26,3%	192	30,8%	291	29,1%
Σύνολο		376	100,0%	624	100,0%	1000	100,0%

Όμοια ποσοστά αγοριών και κοριτσιών πληροφορούνται σχετικά από την οικογένεια.

Πίνακας 44: Απαντήσεις ανά φύλο σχετικά με την πληροφόρηση από φίλους

		Φύλο				Σύνολο	
		Άρρεν		Θήλυ		Απαντήσεις	%
		Απαντήσεις	%	Απαντήσεις	%		
Φίλοι	Όχι	170	45,2%	419	67,1%	589	58,9%
	Ναι	206	54,8%	205	32,9%	411	41,1%
Σύνολο		376	100,0%	624	100,0%	1000	100,0%

Η πλειοψηφία των αγοριών και μεγάλο ποσοστό των κοριτσιών πληροφορείται σχετικά από τους φίλους.

Πίνακας 45: Απαντήσεις ανά φύλο σχετικά με την αναγκαιότητα διαφώτισης των μαθητών σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού.

		Φύλο				Σύνολο	
		Άρρεν		Θήλυ		Απαντήσεις	%
		Απαντήσεις	%	Απαντήσεις	%		
Αναγκαία η αξέ- διαφώτιση στα σχολεία	Χωρίς απάντηση			2	3%	2	2%
	Ναι	359	95,5%	588	94,2%	947	94,7%
	Όχι	8	2,1%	13	2,1%	21	2,1%
	Δεν γνωρίζω	9	2,4%	21	3,4%	30	3,0%
Σύνολο		376	100,0%	624	100,0%	1000	100,0%

Η συντριπτική πλειοψηφία και των δύο φύλων πιστεύουν στην εφαρμογή μαθήματος οικογενειακού προγραμματισμού στα σχολεία. Οι απαντήσεις αγοριών και κοριτσιών είναι ίδιες μιας και η δοκιμασία δεν είναι στατιστικά σημαντική.

χ^2 : 1,98

βε: 3

p: 0,576

Πίνακας 46: Απαντήσεις ανά φύλο σχετικά με την σχολική ηλικία έναρξης ενημέρωσης σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού.

		Φύλο				Σύνολο	
		Άρρεν		Θήλυ			
		Απαντήσεις	%	Απαντήσεις	%	Απαντήσεις	%
Ηλικία έναρξης ενημέρωσης για Οικ προγραμματισμό	Νηπιακή	15	4,0%	17	2,7%	32	3,2%
	Δημοτικό	95	25,3%	182	29,2%	277	27,7%
	Γυμνάσιο	238	63,3%	380	60,9%	618	61,8%
	Λύκειο	28	7,4%	45	7,2%	73	7,3%
Σύνολο		376	100,0%	624	100,0%	1000	100,0%

Η πλειοψηφία πιστεύει στην εφαρμογή μαθήματος οικογενειακού προγραμματισμού από το γυμνάσιο. Οι απαντήσεις των αγοριών και των κοριτσιών δεν διαφέρουν στατιστικά.

χ^2 : 2,699

βε: 3

p: 0,440

Πίνακας 47: Απαντήσεις ανά φύλο σχετικά με την χρήση προφυλακτικού σαν μέθοδο προφύλαξης από τα αφροδίσια νοσήματα.

		Φύλο				Σύνολο	
		Άρρεν		Θήλυ			
		Απαντήσεις	%	Απαντήσεις	%	Απαντήσεις	%
Μέθοδος προφύλαξης από τα αφροδίσια νοσήματα	Χωρίς απάντηση	2	,5%	1	,2%	3	,3%
	Προφυλακτικό	339	90,2%	587	94,1%	926	92,6%
	Αντισυλληπτικά χάπια	10	2,7%	6	1,0%	16	1,6%
	Διάφραγμα	4	1,1%	1	,2%	5	,5%
	Κανίνα	21	5,6%	29	4,6%	50	5,0%
Σύνολο		376	100,0%	624	100,0%	1000	100,0%

Στο σύνολό τους οι απαντήσεις είναι σχετικά ίδιες με το μεγαλύτερο ποσοστό να θεωρεί ότι το προφυλακτικό προστατεύει καλύτερα από τα αφροδίσια νοσήματα.

χ^2 : 9,940

βε: 4

p: 0,041

Πίνακας 48: Απαντήσεις ανά φύλο σχετικά με την σεξουαλική μετάδοση της ηπατίτιδας Α

		Φύλο				Σύνολο	
		Άρρεν		Θήλυ		Απαντήσεις	%
		Απαντήσεις	%	Απαντήσεις	%		
Ηπατ Α	Όχι	325	86,4%	565	90,5%	890	89,0%
	Ναι	51	13,6%	59	9,5%	110	11,0%
Σύνολο		376	100,0%	624	100,0%	1000	100,0%

Πίνακας 49: Απαντήσεις ανά φύλο σχετικά με την σεξουαλική μετάδοση της ηπατίτιδας Β

		Φύλο				Σύνολο	
		Άρρεν		Θήλυ		Απαντήσεις	%
		Απαντήσεις	%	Απαντήσεις	%		
Ηπατ Β	Όχι	148	39,4%	158	25,3%	306	30,6%
	Ναι	228	60,6%	466	74,7%	694	69,4%
Σύνολο		376	100,0%	624	100,0%	1000	100,0%

Πίνακας 50: Απαντήσεις ανά φύλο σχετικά με την σεξουαλική μετάδοση της ηπατίτιδας C

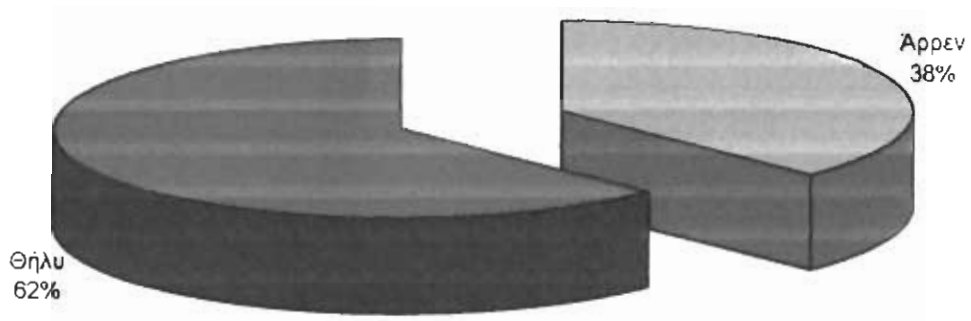
		Φύλο				Σύνολο	
		Άρρεν		Θήλυ		Απαντήσεις	%
		Απαντήσεις	%	Απαντήσεις	%		
Ηπατ C	Όχι	173	46,0%	306	49,0%	479	47,9%
	Ναι	203	54,0%	318	51,0%	521	52,1%
Σύνολο		376	100,0%	624	100,0%	1000	100,0%

Πίνακας 51: Απαντήσεις ανά φύλο σχετικά με την σεξουαλική μετάδοση της ηπατίτιδας Ε

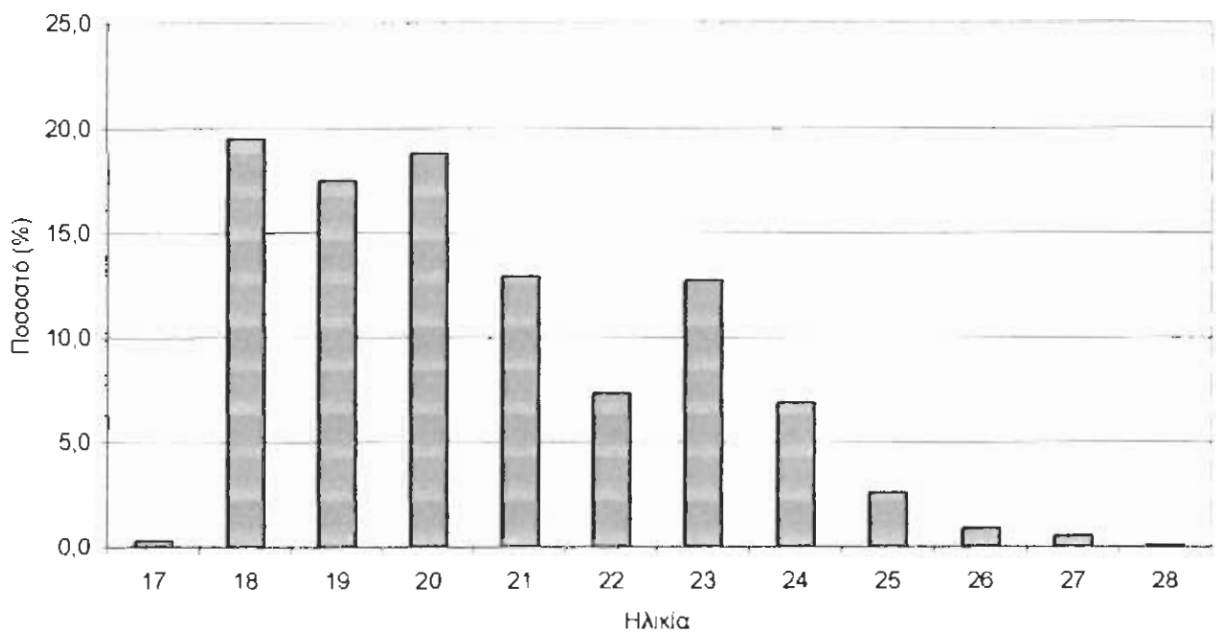
		Φύλο				Σύνολο	
		Άρρεν		Θήλυ		Απαντήσεις	%
		Απαντήσεις	%	Απαντήσεις	%		
Ηπατ Ε	Όχι	330	87,8%	588	94,2%	918	91,8%
	Ναι	46	12,2%	36	5,8%	82	8,2%
Σύνολο		376	100,0%	624	100,0%	1000	100,0%

Στο σύνολό τους και τα δύο φύλα υποδεικνύουν την ηπατίτιδα Β και την C (σε μικρότερο ποσοστό) σαν τις σεξουαλικά μεταδιδόμενες ηπατίτιδες.

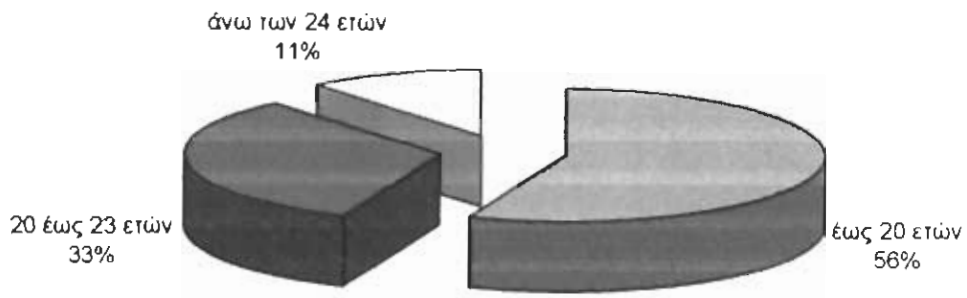
Σχήμα 1: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το φύλο



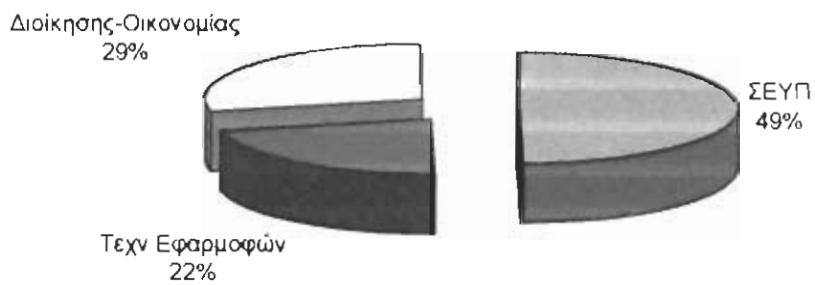
Σχήμα 2: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικία



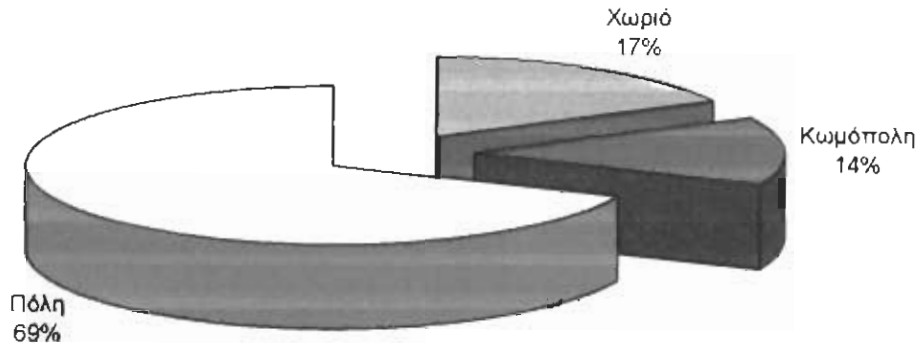
Σχήμα 3: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα



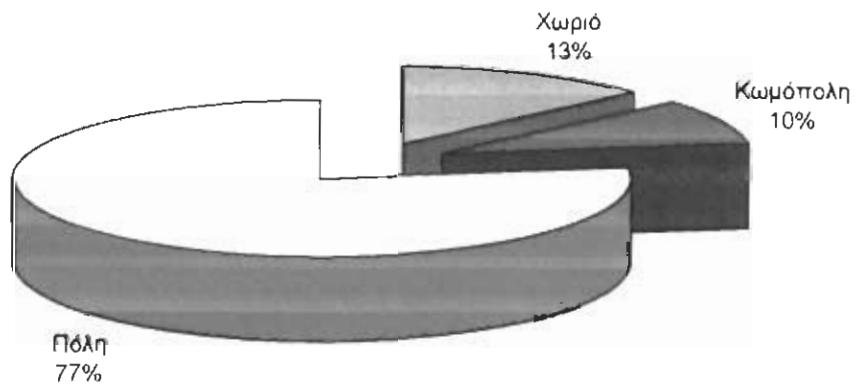
Σχήμα 4: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την σχολή φοίτησης



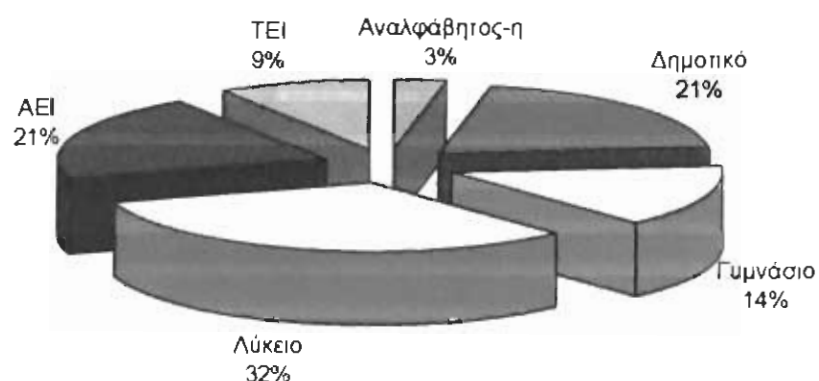
Σχήμα 5: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον τόπο γέννησης



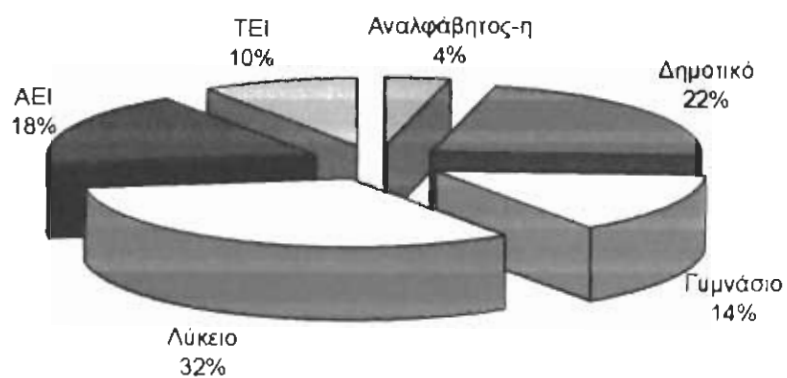
Σχήμα 6: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τόπο διαμονής τα τελευταία 5 χρόνια



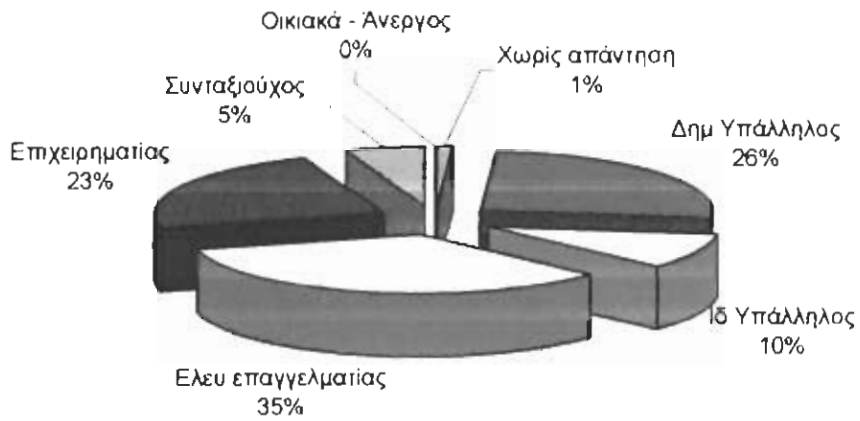
Σχήμα 7: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα τους



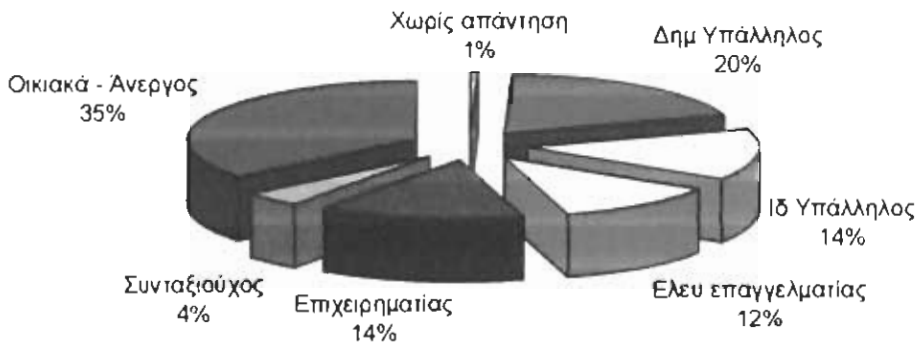
Σχήμα 8: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την μόρφωση της μητέρας τους



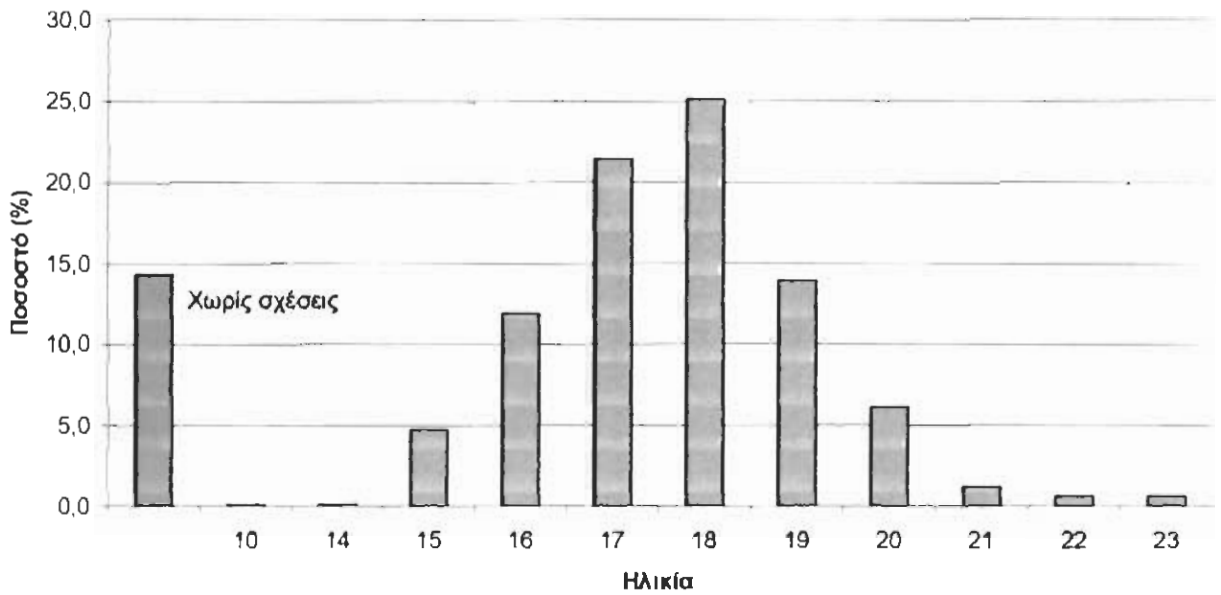
Σχήμα 9: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την κύρια εργασία του πατέρα τους



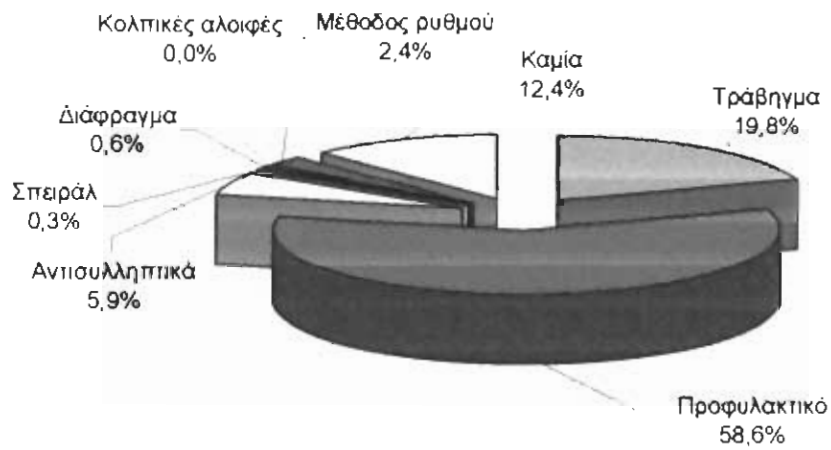
Σχήμα 10: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την εργασία της μητέρας τους



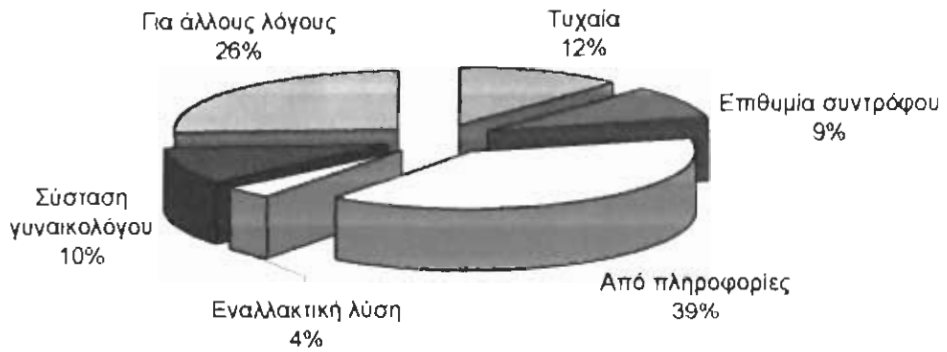
Σχήμα 11: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικία έναρξης σεξ σχέσεων



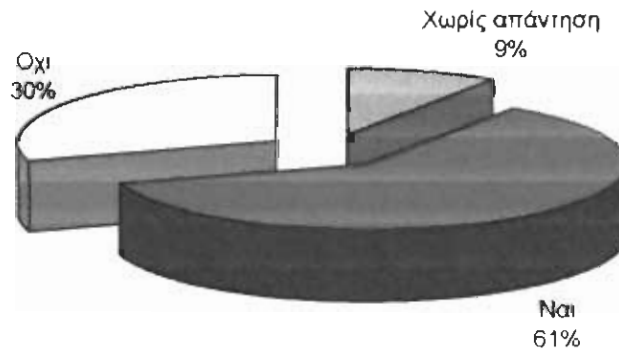
Σχήμα 12: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την αντισυλληπτική μέθοδο που χρησιμοποιούν



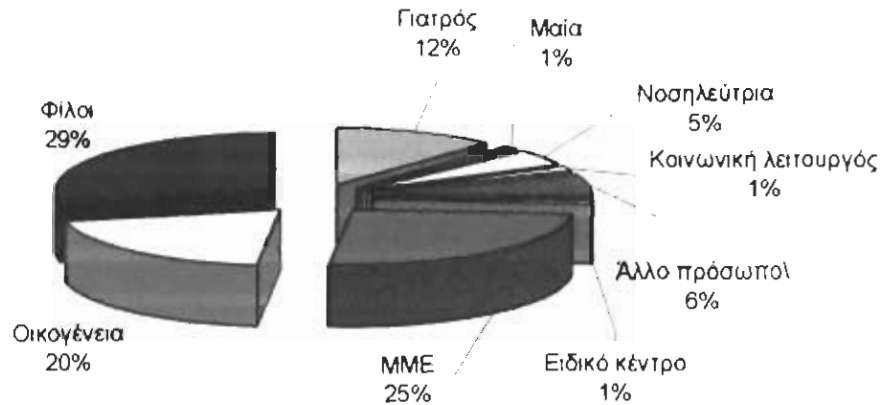
Σχήμα 13: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον λόγο επιλογής της μεθόδου αντισύλληψης που χρησιμοποιούν



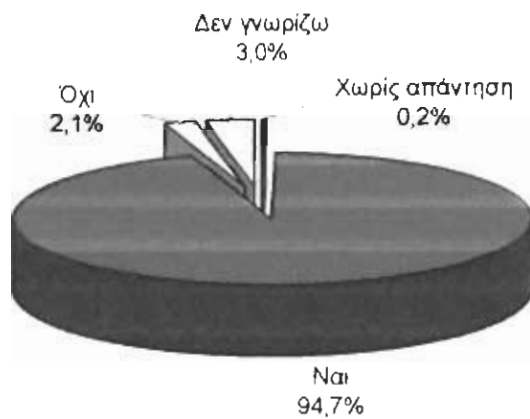
Σχήμα 15: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την άποψή τους εάν τα προφυλακτικά μειώνουν την ικανοποίηση



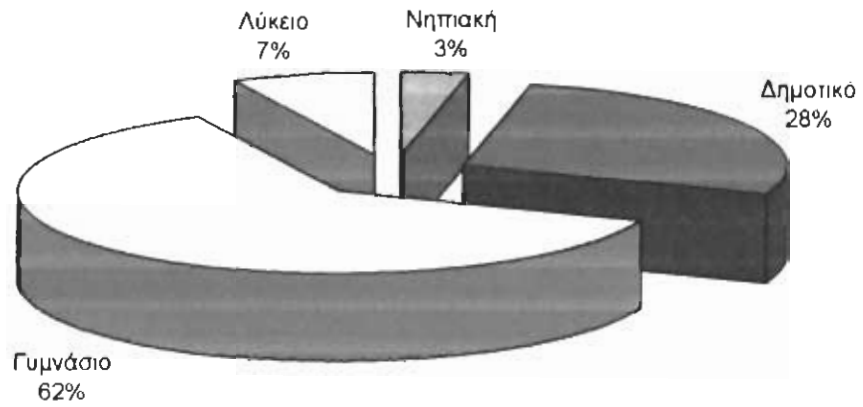
Σχήμα 15: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το ποιός νομίζουν ότι τους βοήθησε σχετικά με την επιλογή μεθόδων αντισύλληψης



Σχήμα 16: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την άποψή τους για την εφαρμογή οικογενειακού προγραμματισμού στα σχολεία



Σχήμα 17: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την σχολική ηλικία που θεωρούν λογική για την ενημέρωση σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού



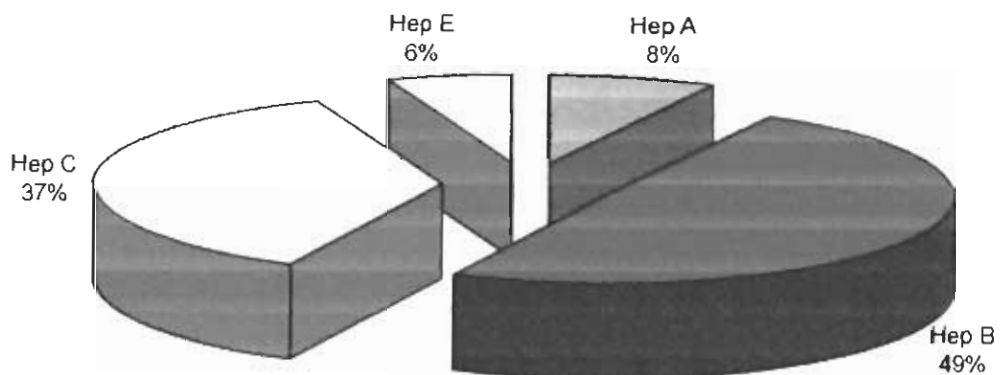
Σχήμα 18: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την αντισυλληπτική μέθοδο που θεωρούν ότι προφυλάσει από αφοδίσια νοσήματα



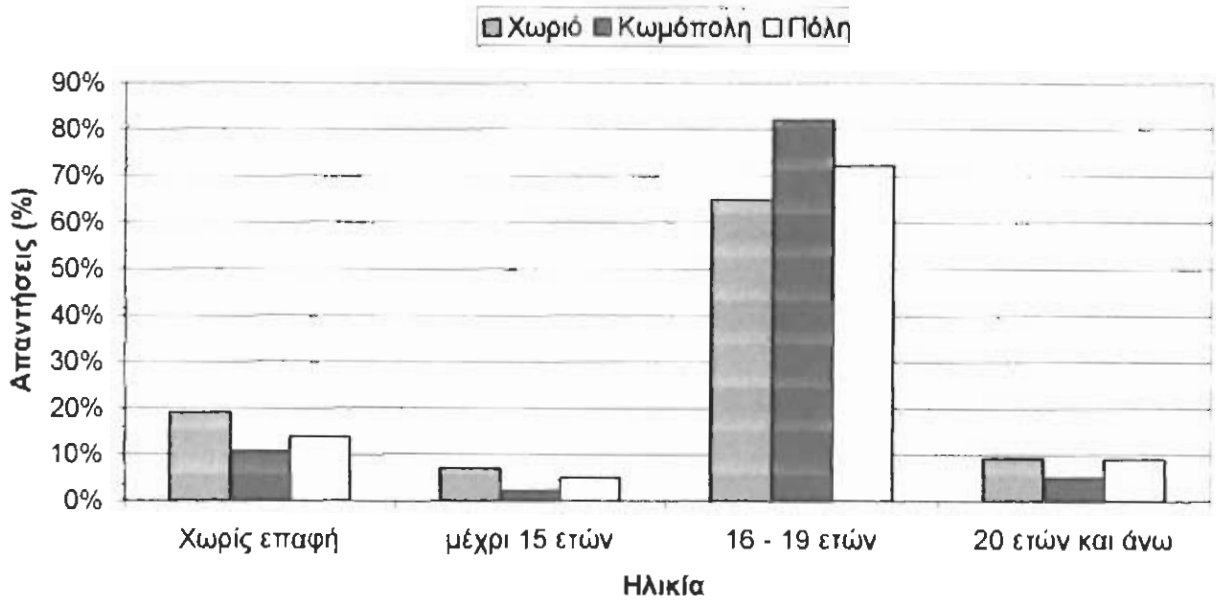
Σχήμα 19: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν έχουν κολλήσει κάποιο αφροδίσιο νόσημα



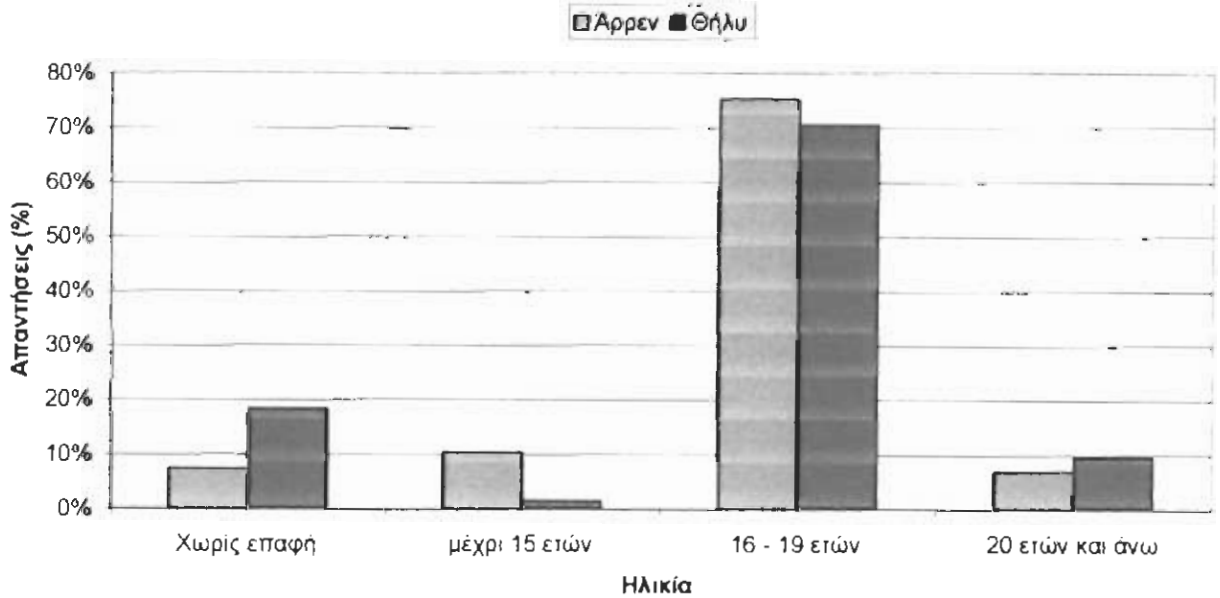
Σχήμα 20: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το ποιά απο τις ηπατίτιδες θεωρούν σεξ μεταδιδόμενο νόσημα



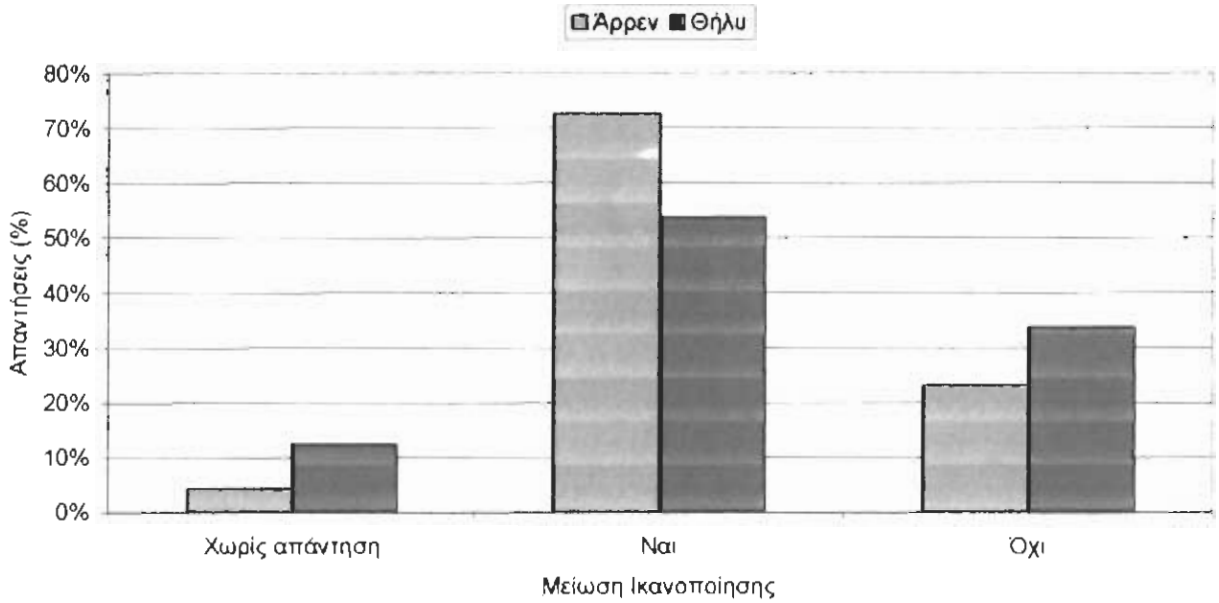
Σχήμα 21: Απαντήσεις ανά τόπο γέννησης σχετικά με την ηλικία 1ης επαφής



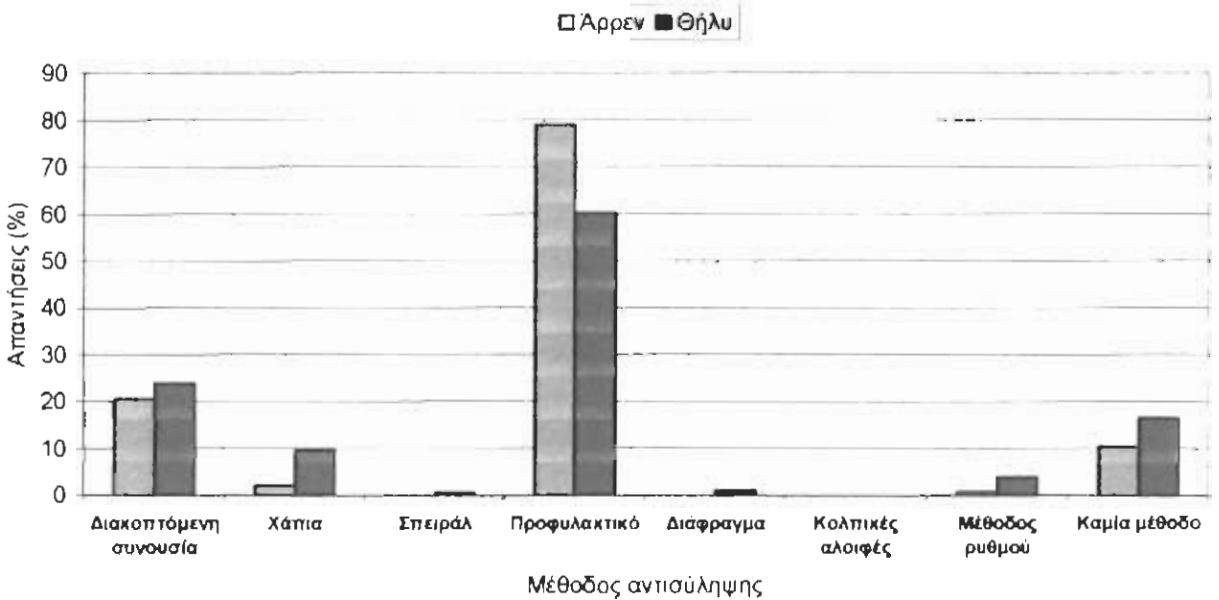
Σχήμα 22: Απαντήσεις ανά φύλο σχετικά με την ηλικία 1ης επαφής



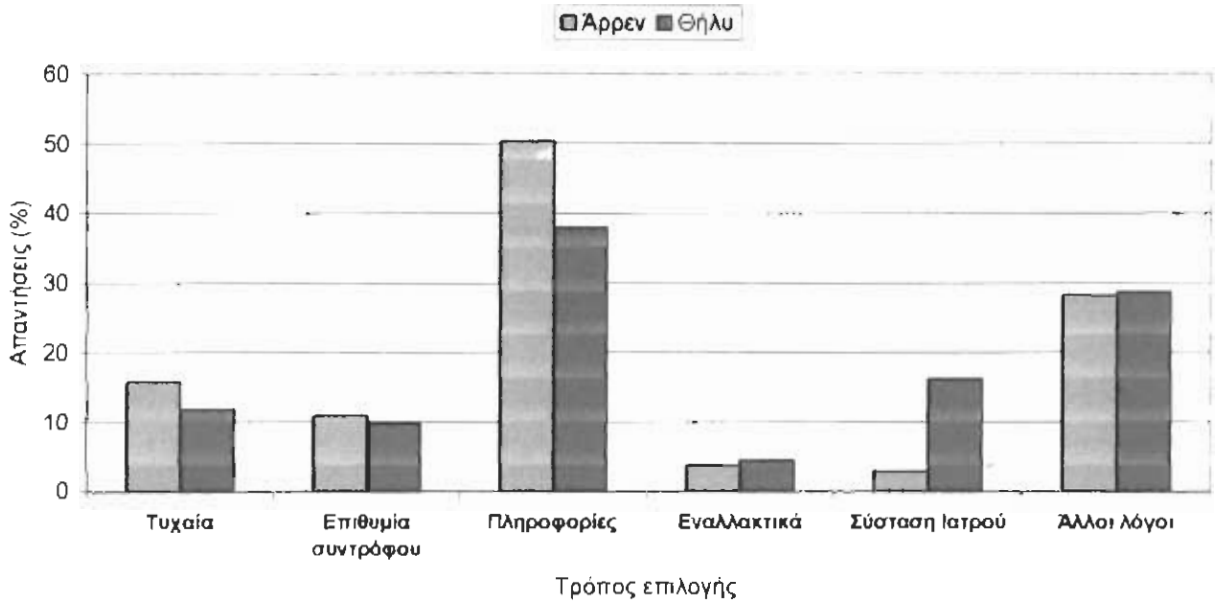
Σχήμα 23: Απαντήσεις ανά φύλο σχετικά με την μείωση της ικανοποίησης με την χρήση προφυλακτικών



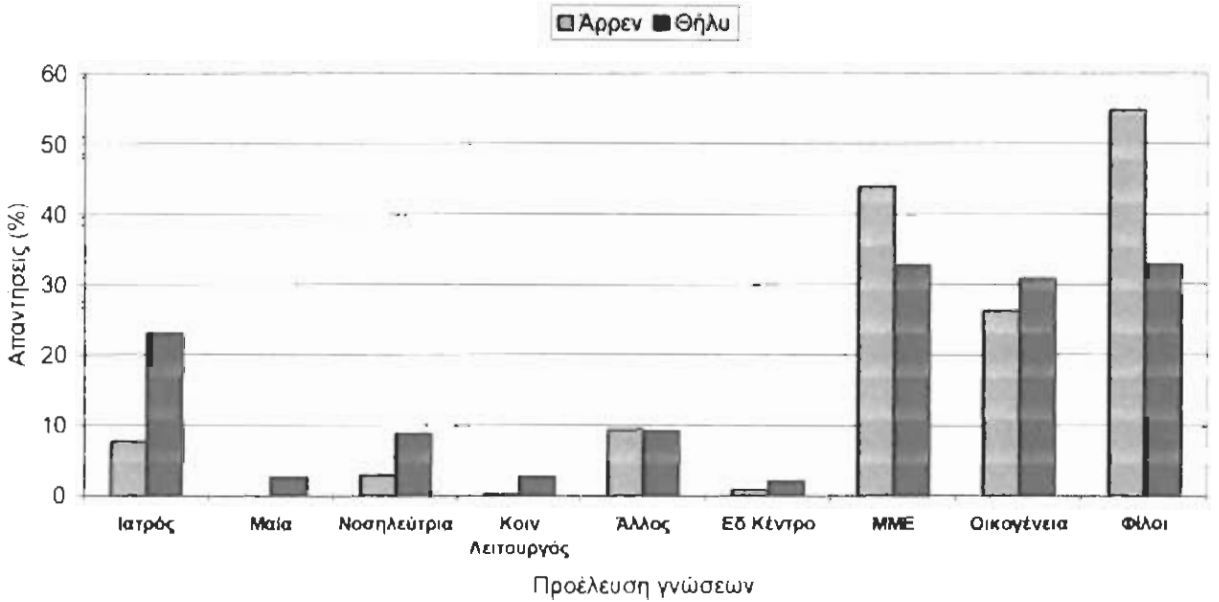
Σχήμα 24: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το φύλο και την/τις μέθοδο(ους) αντισύλληψης που χρησιμοποιούν



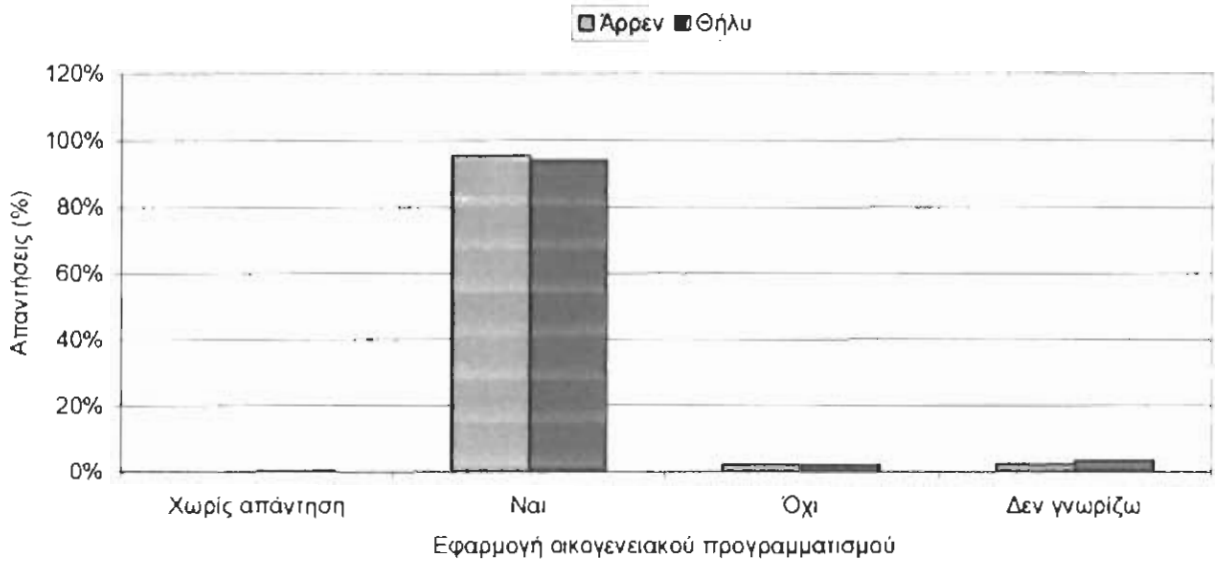
Σχήμα 25: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το φύλο και τον τρόπο επιλογής αντισυλληπτικής μεθόδου



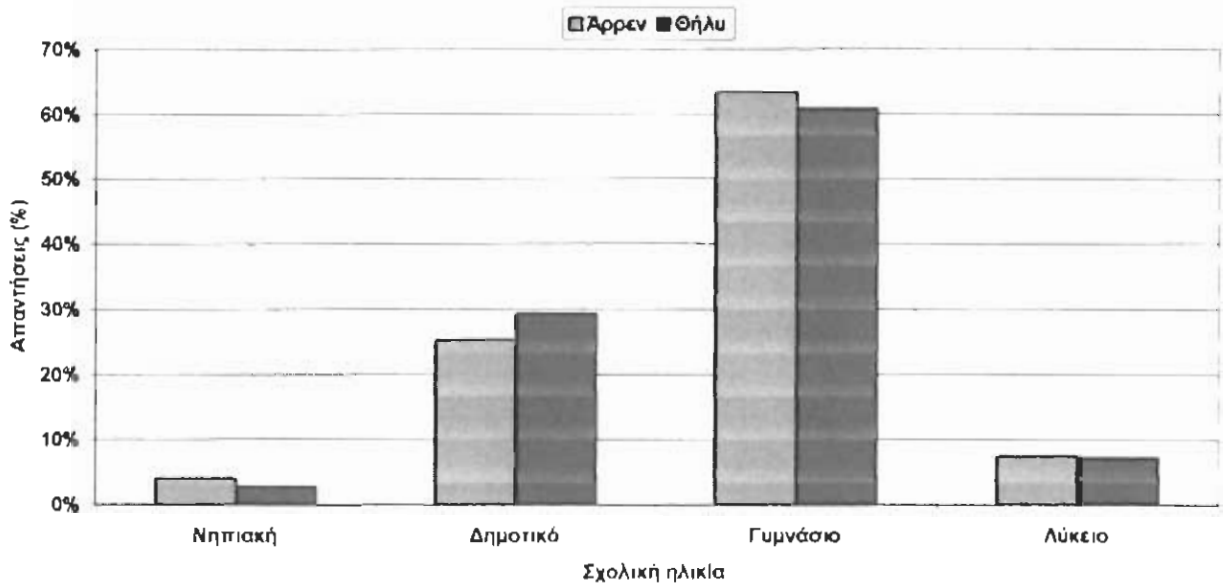
Σχήμα 26: Κατανομή του δείγματος ανα φύλο και προέλευση γνώσεων σχετικά με την αντισύλληψη



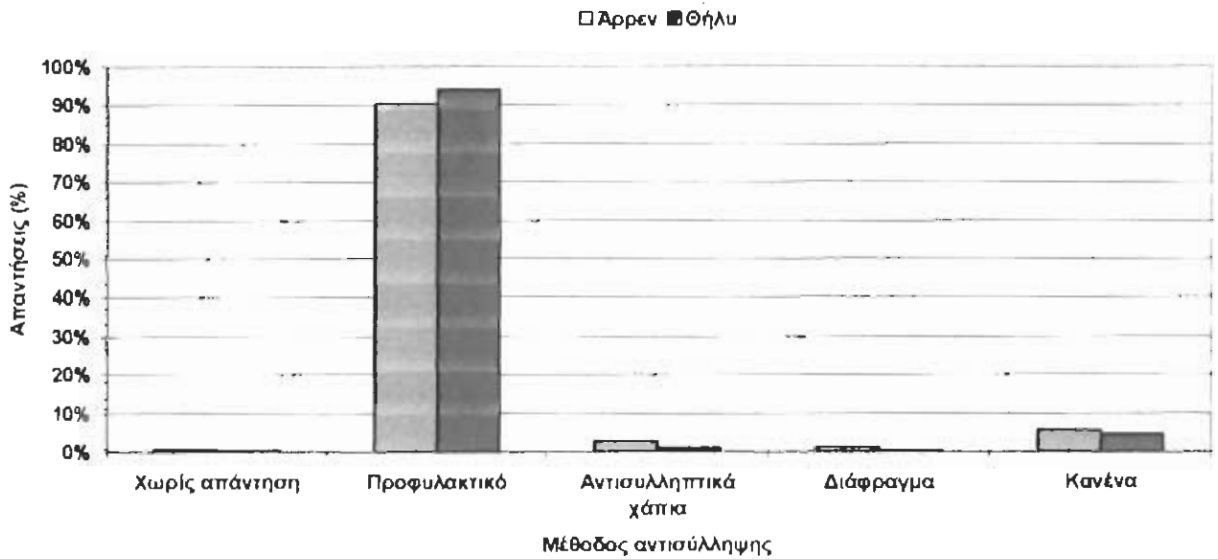
Σχήμα 27: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το φύλο και την αποψη τους για μάθημα οικογενειακού προγραμματισμού στα σχολεία



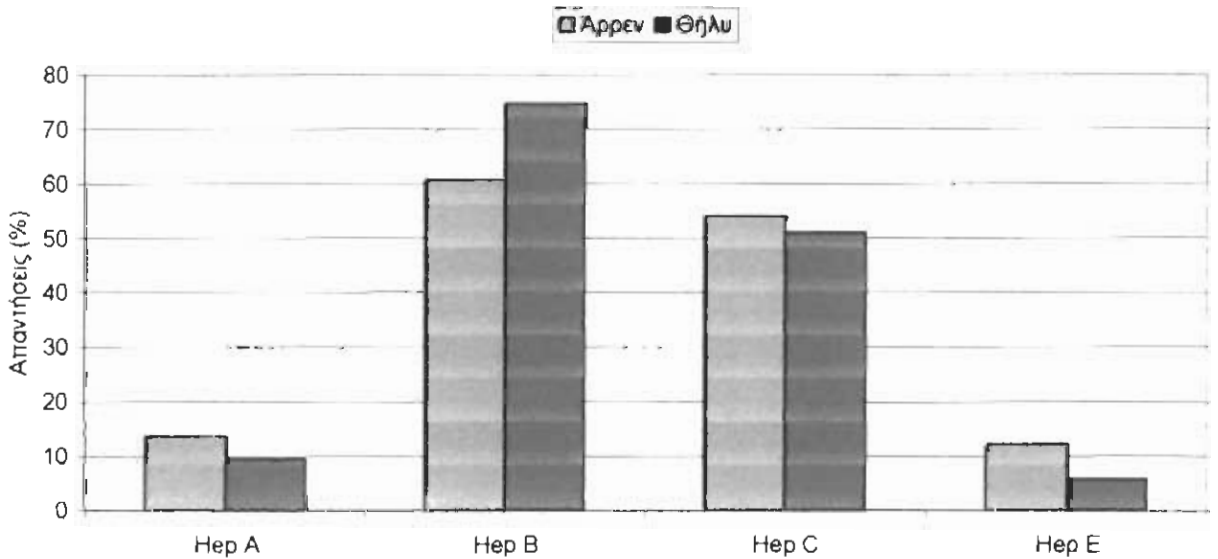
Σχήμα 28: Απαντήσεις ανά φύλο σχετικά με την σχολική ηλικία έναρξης ενημέρωσης σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού.



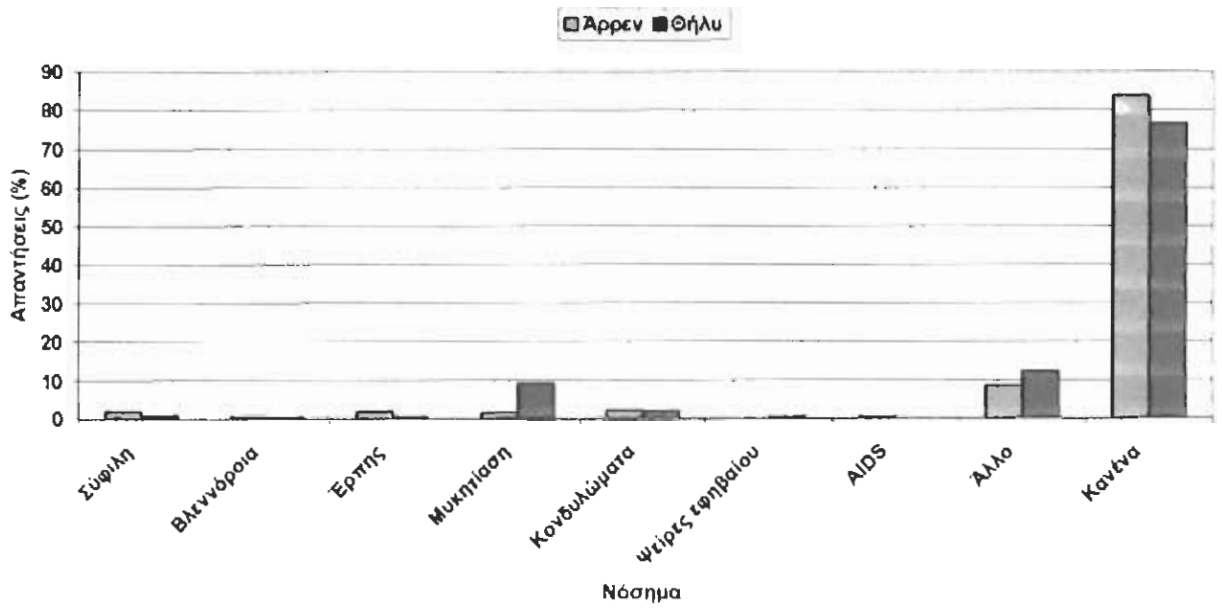
Σχήμα 29: Απαντήσεις ανά φύλο σχετικά με την χρήση προφυλακτικού σαν μέθοδο προφύλαξης από τα αφροδίσια νοσήματα.



Σχήμα 30: Κατανομή του δείγματος ανά φύλο και σύμφωνα με την αποψη τους για το ποιά απο τις Ηπατίτιδες είναι σεξ. μεταδιδόμενο νόσημα



Σχήμα 31: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το φύλο και το αφροδίσιο νόσημα που δήλωσαν ότι έχουν κολλήσει



ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η επιθυμία της σεξουαλικής ολοκλήρωσης καθώς και η ανάγκη αναπαραγωγής και διαίωνισης του ανθρώπινου είδους, καθορίζονται από οργανικές λειτουργικές διαδικασίες, τις οποίες, έως κάποιον βαθμό, δε μπορεί να ελέγξει από μόνος του ο άνθρωπος. Είναι φυσικές λειτουργίες που είτε απλά οδηγούν στη ψυχική και σωματική ικανοποίηση και ευχαρίστηση των ατόμων, είτε αποτελούν τη ηθική ικανοποίηση της δημιουργίας νέων γενεών.

Στη σεξουαλική δραστηριότητα του ατόμου, υπάρχουν κάποια όρια που δεν πρέπει να παραβιαστούν. Κι αυτό, γιατί εάν η κατάσταση ξεφύγει από τον έλεγχο τότε μπορεί να καταλήξει από βασανιστική έως και επικίνδυνη, τόσο για το ίδιο το άτομο, όσο και για τους γύρω του. Μπορεί να σταθεί φραγμός στην σωματική ή ψυχική υγεία του, ή να συντελέσει στη ολοκληρωτική δυστυχία του ίδιου ή των ανθρώπων που τον περιβάλλουν και μπορούν να επηρεαστούν άμεσα (οικογένεια, παιδιά, κοινωνία).

Οι κίνδυνοι είναι πολλοί. Και στην περίπτωση που δεν υπάρχει η κατάλληλη ενημέρωση, οι συνέπειες είναι δυνατόν να αποβούν έως

και καταστρεπτικές . Η ισορροπία της σεξουαλικής συμπεριφοράς του ατόμου , είναι δυνατόν ανά πάσα στιγμή να διαταραχθεί και τα αφροδίσια νοσήματα είναι μια συνεχής απειλή για όλους . Και φυσικά δε μπορούμε να παραλείψουμε το τόσο επίκαιρο και επίμαχο θέμα που βγήκε στην επιφάνεια με τις τελευταίες στατιστικές και τα παγκοσμίου ενδιαφέροντος συνέδρια , τον έλεγχο των γεννήσεων . Το πρόβλημα αυτό γίνεται περισσότερο σοβαρό και άμεσο , αν αναλογιστεί κανείς ότι αν δεν εφαρμοστεί κάποιος προγραμματισμός των γεννήσεων με τις αντισυλληπτικές μεθόδους ανά τον κόσμο , υπολογίζεται ότι το 2050 ο πληθυσμός της γης θα φτάσει τα 12 δις .

Όλα αυτά λοιπόν είναι θέματα που απασχολούν τόσο τους επιστήμονες πολλών ειδικοτήτων όσο και τους απλούς πολίτες που δυστυχώς στην πλειοψηφία τους κυριεύονται από αγνοια ή ακόμα χειρότερα από έλλειψη ενδιαφέροντος σε ότι αφορά το σώμα τους , τους κινδύνους που τους απειλούν , αλλά ιδιαίτερα τους τρόπους που μεσολαβούν για την πρόληψη τους .

Εμείς από την πλευρά μας νοιώθουμε την ευθύνη που πρόκειται να αναλάβουμε από εδώ και στο εξής απέναντι στους ανθρώπους που πρόκειται να μας εμπιστευθούν το πιο πολύτιμο κομμάτι της ζωής

τους , την υγεία τους , θεωρήσαμε χρέος μας να τους δώσουμε κάποιες χρήσιμες πληροφορίες για το σώμα τους , τα μυστικά που κρύβουν οι λειτουργίες του και για όλα αυτά που πρέπει να προσέχουν αν θέλουν μια ζωή γεμάτη υγεία και ευτυχία .

Με αφορμή αυτή την πτυχιακή εργασία που έπρεπε να δημιουργήσουμε ως το τελευταίο δείγμα προς τους καθηγητές μας όλων των γνώσεων που αποκομίσαμε τα τελευταία χρόνια αυτά , μας δόθηκε η ευκαιρία να συμβάλλουμε κι εμείς στην ενημέρωση και πρόληψη σοβαρών, κατά την γνώμη θεμάτων υγείας .

Τα θέματα με τα οποία ασχοληθήκαμε δεν έχουν εξαντληθεί . Πώς όμως , θα μπορούσε να γίνει αυτό , αν σκεφτούμε πως για δεκαετίες επιστήμονες από όλο τον κόσμο έχουν ασχοληθεί με αυτά και ούτε οι ίδιοι τα έχουν εξαντλήσει ; Εμείς από την πλευρά μας θεωρούμε την εργασία αυτή ως ένα ερέθισμα που πρέπει να δοθεί σε όλους και κυρίως στους νέους που όλη η ζωή είναι μπροστά τους και με βάση αυτό να παροτρυνθούν να γνωρίσουν το σώμα τους και κυρίως τα μέτρα που συμβάλλουν ουσιαστικά στην διαφύλαξη της υγείας, με απώτερο σκοπό την εξασφάλιση μιας υψηλής ποιότητας ζωής .

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αθανάτου Ελευθερία <<Υγιεινή>>, έκδοση Γ , Αθήνα 1995 , σελ.207-219 .
2. Cecil <<Παθολογία >>, ιατρικές εκδόσεις Λίτσας , τόμος Β , Αθήνα 1991 , σελ. 976-988 , 1006-1016
3. Γαρδίκια Κ. Δ <<Ειδική Νοσολογία >> , επιστημονικές εκδόσεις "Γρηγόριος Παρισιανός " , Αθήνα , σελ . 153 , σελ. 153 .
4. Γκούμας – Κωτσιόπουλος << Υγεία – Ο ενήλικας και το περιβάλλον >>, εκδόσεις ΔΟΜΙΚΗ Ο.Ε , τόμος τρίτος , Αθήνα 1990 , σελ .419-433 .
5. Δετοράκης Ιωάννης <<Οικογενειακός Προγραμματισμός- αντισύλληψη -σεξουαλική διαφώτιση >> , εκδόσεις Πατάκη , σελ. 7-69 .
6. Δετοράκης Ιωάννης <<Πληθυσμιακή Υγιεινή >> , σελ.85-110 .
7. Δηματρακόπουλος Γεώργιος <<Εισαγωγή στην Κλινική Μικροβιολογία και τα Λοιμώδη Νοσήματα >>, ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδη , Αθήνα 1987 , σελ .92-117 .
8. Δημητρακόπουλος Γεώργιος <<Ιατρική Βακτηριολογία >> , ιατρικές εκδόσεις Π.Χ.Πασχαλίδης , Αθήνα 1993 , σελ.71-72 ,173-175 .
9. Dorothy Baldwin <<Οδηγός αγωγής υγείας >> , ιατρικές εκδόσεις Λίτσας , Αθήνα 1996 , σελ . 219-225 .
10. E .L De Dowin & R .L .De Dowin <<Κλινική εξέταση και Διαφορική διάγνωση >> , ιατρικές εκδόσεις Λίτσας , Αθήνα 1981 ,σελ.870 , 567-569 ,
11. Μαργαρινού Μ.Α – Κωνσταντινίδου Σ.Φ <<Νοσηλευτική Παθολογική -Χειρουργική >> , Τόμος Β , Μέρος 2^ο, Αθήνα 1997 , σελ.440-452 .

12. Μαργαρινού Μ.Α-Κωνσταντινίδου Σ. Φ <<Νοσηλευτική Γενική - Παθολογική -Χειρουργική>> , Τόμος Α , Αθήνα 2001 ,σελ.379-382 .

13. Μουτσόπουλος Μ.- Εμμανουήλ Δ.<<Βασικές αρχές παθοφυσιολογίας >> , ιατρικές εκδόσεις Λίτσας , Αθήνα 1991 , σελ .398-400 .

14. Παρισιανού Μαρία <<Γυναικολογία Παπανικολάου>>, επιστημονικές εκδόσεις ‘Γρηγόριος Κ. Παρισιανός ‘, έκδοση 3 , Αθήνα 1994 , σελ. 198-201 , 203-208 , 332-339 .

15. Παρισιανού Μαρία <<Μαιευτική Παπανικολάου >>, επιστημονικές εκδόσεις ‘Γρηγόριος Κ. Παρισιανός ‘, έκδοση 3 , Αθήνα 1994 , σελ.228-240 .

16. Σαχίνη Άννα – Μαρία Πάνου <<Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική >> , Τόμος Β , Έκδοση Β , Εκδόσεις ΒΗΤΑ , Αθήνα 2000 , σελ. 237-240 , 245-247 .

17. Τοκμακίδης Παναγιώτης <<Μαιευτική και Γυναικολογία >>, εκδοτικός οίκος Αδελφών Κυριακίδη α.ε. , Αθήνα 1999 σελ .178-191 , 270-273 .

18. Τριχοπούλου Αντωνία - Δημήτρης <<Προληπτική Ιατρική >> , επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανός Γρηγόριος , Αθήνα 1986, σελ .212-215 .

19. Φαχαντίδου-Τσιλιγκίρογλου Άννα <<Υγιεινή>> , εκδόσεις επιστημονικών βιβλίων & περιοδικών <<University Studio Press>> , έκδοση Α , Θεσσαλονίκη 1991 σελ . 64-67 .

20. Ψάλτη Νίκη <<Ερωτας χωρίς προβλήματα >>, περιοδικό <<Vita>> , Έκδοση 28 , Απρίλιος 2003 , σελ . 148-162

